Applied Management Consultants

RAPPORT FINAL

ÉTUDE DE LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Tâche nº 1165

Le 15 juillet 1988

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ ADMINISTRATIF	i
1. APPROCHE ET STRUCTURE	1
2. ÉTUDE DE LA DOCUMENTATION	3
2.1 Introduction	3
2.2 Description des problèmes	6
2.3 Mesures visant à créer un milieu de travail stimulant	24
2.4 Résumé et conclusions	26
3. INFORMATEURS-CLÉS	29
3.1 Méthode	29
3.2 Résultats	30
4. QUESTIONNAIRE	33
4.1 Méthode	33
4.2 Déroulement	35
4.3 Résultats	36
4.4 Fiabilité des résultats	55
4.5 Discussion	55
5. GROUPES-CIBLES	59
5.1 Méthode	59
5.2 Déroulement	62
5.3 Résultats	62
6. ENTREVUES	79
6.1 Méthode	79
6.2 Résultats	80
6.3 Méthode	84
7. CONCLUSIONS	90
7.1 Milieu de travail	90
7.2 Priorités en matière d'améliorations	91
7.3 Participation de la main-d'oeuvre et entrée des infirmières et infirmiers sur le marché du travail	92
7.4 Possibilités d'évolution du réseau	92

Page

8. RECOMMANDATIONS 95
8.1 Recommandation nº 1 - Prise de décisions 95
8.2 Recommandation nº 2 - Charge de travail et rôles 100
8.3 Recommandation nº 3 - Reconnaissance 103
8.4 Recommandation nº 4 - Compensation 107
8.5 Recommandation nº 5 - Éducation 109
8.6 Recommandation nº 6 - Responsabilités familiales 113
8.7 Recommandation nº 7 - Horaires 115
8.8 Recommandation nº 8 - Mise en oeuvre 118
BIBLIOGRAPHIE 121

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - 12 variables choisies en vue de mesurer la qualité des conditions de travail 27
Tableau 2 - Pointage des réliasations compte tenu de variables démographiques significatives 43
Tableau 3 - Pointage de la reconnaissance compte tenu de variables démographiques significatives 44
Tableau 4 - Pointage de la prise de décisions compte tenu de variables démographiques significatives 45
Tableau 5 - Pointage de l'utilisation des connaissances et des aptitudes compte tenu de variables démographiques significatives 46
Tableau 6 - Pointage des possibilités d'étude compte tenu de variables démographiques significatives 47
Tableau 7 - Pointage des possibilités de promotion compte tenu de variables démographiques significatives 48
Tableau 8 - Pointage des traitements compte tenu de variables démographiques significatives 49
Tableau 9 - Pointage de la charge de travail compte tenu de variables démographiques significatives 50
Tableau 10 - Pointage des horaires compte tenu de de variables démographiques significatives 51

Liste des tableaux (suite)

Tableau 11 - Pointage des tâches et de la taille des unités compte tenu de variables démographiques significatives 52

Tableau 12 - Pointage des communications liées à l'emploi compte tenu de variables démographiques significatives 53

Tableau 13 - Pointage des responsabilités familial compte tenu de variables démographiques significatives 54

Tableau 14 - Facteurs déterminants de la satisfaction des infirmières et des infirmiers face à leur emploi 57

LISTE DES ANNEXES

Annexe A - Guide d'entrevue des informateurs-clés

Annexe B - Questionnaire

Annexe C - Feuille de renseignements sur le questionnaire

Annexe D - Guide du modérateur

Annexe E - Notes de réunion

Annexe F - Mémoire sur la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers du Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick

Annexe G - Présentation de l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick sur les préoccupations de ses membres

RÉSUMÉ ADMINISTRATIF

Approche et structure

La présente étude a été commandée par le Comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière du Nouveau-Brunswick dans le but d'examiner les questions relatives aux conditions de travail qui préoccupent les infirmières et les infirmiers néo-brunswickois. L'objectif fondamental de cette étude consiste à identifier les solutions possibles aux préoccupations cernées dans la recherche.

En vue d'effectuer un examen exhaustif de la situation qui règne actuellement chez les infirmières et infirmiers et d'identifier des solutions réalistes aux problèmes soulevés, on a divisé la recherche en six phases distinctes.

La première phase consiste en un examen de la documentation la plus récente (datant de moins de cinq ans) qui a été publiée en Amérique du Nord.

Pour la phase deux de la recherche, on a effectué des entrevues auprès d'informateurs-clés représentant d'autres gouvernements, des organismes de santé, le corps enseignant et la profession infirmière.

La phase trois de l'étude consistait en un questionnaire examinant la qualité des conditions de travail des infirmières et infirmiers.

La quatrième phase visait à constituer des groupes-cibles dans tous les coins de la province avec des représentants des hôpitaux, des foyers de soins et des organismes de santé communautaire.

Au cours de la phase cinq, on a rencontré ou interviewé des gestionnaires, des enseignants, des administrateurs de programmes de santé, des représentants des organisations d'infirmières et d'infirmiers, des responsables de la planification des services de santé et des experts-conseils.

Chacune des phases de la recherche fait l'objet d'une section distincte du rapport. On peut considérer chaque section comme un rapport en soi ; toutefois, dans leur ensemble, toutes ces parties représentent une étude exhaustive de la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick et elles contiennent des recommandations de solutions pratiques, possibles et réalisables aux problèmes identifiés.

Étude de la documentation

Comme l'indique la documentation étudiée, il existe un réel problème d'insatisfaction chez les infirmières et les infirmiers, et il semble que cette situation ne fait que s'accentuer. Tous les établissements ne provoquent pas un même degré d'insatisfaction, mais il est évident qu'un niveau de satisfaction relatif peut rapidement dégénérer et provoquer un fort roulement de personnel, un taux élevé d'absentéisme et une diminution de la qualité des soins si l'on n'adopte pas des mesures correctives afin d'éviter que la situation n'empire.

Informateurs-clés

On a obtenu de ces sources des données sur la notion des échelons cliniques ainsi que sur les expériences vécues dans d'autres secteurs en vue de comprendre les problèmes attribuables aux carences de personnel et aux mauvaises

conditions de travail, et on a étudié les moyens utilisés pour remédier à ces problèmes.

Les hôpitaux du Toronto métropolitain et les établissements anglophones du Québec ont entrepris des recherches semblables parallèlement à la présente étude. Celles-ci ont donné lieu à l'élaboration de questionnaires à l'aide des variables qui ont été utilisées dans le cadre du présent travail. Dans les deux cas, la cueillette des données est terminée et on effectue leur analyse à l'heure actuelle.

Ces travaux seront publiés sous forme de rapport vers la fin de l'été. Ces études font suite à l'expression de préoccupations relativement à de graves problèmes de carences de main-d'oeuvre et de roulement de personnel ; ainsi qu'à la reconnaissance par leurs responsables que ces problèmes sont attribuables à plusieurs facteurs.

Il est bon de souligner que, contrairement à la situation du Nouveau-Brunswick, ces travaux n'ont été entrepris qu'à la suite de graves carences de personnel. Les symptômes de ce problème ont tendance à se manifester de façon progressive, d'abord par l'expression de préoccupations et de désenchantement quant à la qualité des soins offerts, puis par une hausse de l'absentéisme et, finalement, par un roulement important du personnel (Sheridan, 1985).

Questionnaire

L'analyse globale a permis de conclure que les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick sont en général relativement satisfaits de leurs conditions de travail. Comme on l'explique dans les tableaux suivants, toutefois, certains domaines suscitent plus d'insatisfaction que

d'autres ; il s'agit de la rémunération, des occasions de promotion, de la situation familiale, des horaires, des possibilités d'étude et de la prise de décisions. On estime que ces problèmes doivent être réglés afin d'éviter que la situation ne se dégrade davantage.

Groupes-cibles

La majorité des participants des groupes-cibles ont fait part d'un taux élevé d'insatisfaction à l'égard de la situation actuelle des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick. La plupart prétendaient aimer leur profession, mais ils ne l'auraient pas choisie "s'ils avaient su ce qu'ils savent maintenant". La majorité des participants affirmaient qu'ils hésiteraient à recommander cette profession à un jeune qui leur demanderait leur avis. Ils estimaient qu'à moins d'un changement radical, très peu de nouvelles recrues seraient attirées par la profession, et que ceux et celles travaillant actuellement dans ce domaine seraient de plus en plus tentés de changer d'emploi. Comme l'a souligné l'un des groupes de participants, "à l'heure actuelle, la réalité des conditions de vie des infirmières et des infirmiers est telle que la profession ne pourrait attirer des candidats de qualité ni retenir ceux qui pratiquent à l'heure actuelle".

Entrevues

Les renseignements recueillis au cours des entrevues individuelles indiquent que la majorité des participants estiment que, dans l'ensemble, les infirmiers et infirmières du Nouveau-Brunswick sont insatisfaits de la qualité de leurs conditions de travail. Cette conclusion était partagée par tous les groupes interrogés, et les seuls participants qui

n'y souscrivaient pas ne travaillaient pas directement avec les infirmières et les infirmiers. Les employés des foyers de soins et les travailleurs de la santé communautaire semblaient éprouver une moins grande insatisfaction que leurs collègues des hôpitaux ; toutefois, aucun de ces groupes ne s'est avéré à l'abri des facteurs qui contribuent à l'insatisfaction dans le milieu de travail.

Les personnes interrogées ont identifié toute une gamme de facteurs contributant à l'insatisfaction des infirmières et infirmiers ; toutefois, la charge de travail, la reconnaissance et les horaires étaient considérés comme les facteurs principaux dans l'évaluation des conditions de travail.

Il importe tout particulièrement de souligner les observations des gestionnaires des soins infirmiers à l'égard de leurs problèmes et besoins propres. En tant que groupe, ils s'inquiètent de ne pas pouvoir prendre part aux activités générales de gestion de leur organisme ou de leur établissement, que ce soit à titre de membre de l'administration ou de la gérance ou par leurs interactions avec les conseils d'administration. En outre, ils reconnsaissent avoir besoin d'une meilleures formation en matière de gestion.

La majorité des personnes interrogées ont fait état de la nécessité de changements qui amélioreraient la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers. Toutefois, elles n'ont pas manifesté clairement leur engagement quant à la mise en oeuvre de ces améliorations dans leur milieu de travail. Ce qui est particulièrement inquiétant, c'est que les gestionnaires des soins infirmiers ne semblent pas vouloir s'engager davantage sur la voie du changement que les personnes moins directement concernées.

En plus des entrevues réalisées avec les infirmières et les infirmiers ainsi que les administrateurs, on a organisé des rencontres avec des représentants de huit organismes intéressés aux questions des soins infirmiers. Ceux-ci comprenaient les personnes suivantes :

- Le président et directeur administratif du Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Le président et directeur administratif de l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Le président de l'Association des infirmières et des infirmiers gestionnaires
- Le président, des membres du conseil et le directeur administratif de l'Association des aides-infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Les dirigeants de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick
- Des membres des facultés de nursing d'un collège et d'une université
- Le négociateur du Conseil de gestion responsable des conventions collectives des infirmières et des infirmiers
- Des experts-conseils en soins infirmiers et d'autres infirmières et infirmiers qui travaillent au sein du ministère de la Santé et des Services communautaires.

On a obtenu par écrit les avis du Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick et de l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick, et on a par la suite discuté du contenu de ces documents. Ceux-ci sont joints au présent rapport (voir les annexes F et G). Il est heureux de constater que la description des problèmes et les recommandations que font ces groupes se ressemblent beaucoup. En outre, ces avis étaient en général semblables aux conclusions des autres participants à l'étude. Le niveau

de préoccupation et la volonté de participer à l'amélioration du milieu de travail sont manifestes au sein des deux organismes représentant les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Conclusions

Bien que le niveau de satisfaction des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick soit généralement élevé et qu'il ne soit pas nécessaire d'adopter des mesures radicales, il ne faut pas conclure que le milieu de travail n'a pas besoin d'être amélioré. Il est heureux de constater que bon nombre des difficultés auxquelles doivent faire face les infirmières et les infirmiers n'ont pas provoqué, jusqu'à ce jour, une insatisfaction généralisée. On serait mal avisé, toutefois, de présumer que cette situation perdurera.

En d'autres termes, le milieu de travail des infirmières et des infirmiers au Nouveau-Brunswick, sans être malsain, n'est pas aussi agréable qu'il pourrait ou qu'il devrait être.

D'un point de vue quantitatif, selon les résultats du sondage postal réalisé au cours de la recherche, les problèmes ne sont pas énormes. Toutefois, des impressions qualitatives recueillies auprès des groupes-cibles et des personnes interrogées portent à croire que la satisfaction des employés diminuera si l'on ne prend pas la peine de créer des milieux de travail plus positifs.

Étant donné que la raison principale pour laquelle les infirmières et les infirmiers remettent leur démission est leur insatisfaction face à leur emploi, on peut réduire le roulement de personnel en améliorant les conditions de travail qui provoquent ce mécontentement (Weisman, 1982).

En conséquence, on recommande d'adopter une approche préventive qui freinera la détérioration de la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers et qui provoquera des améliorations visibles et quantifiables.

Considérées dans leur ensemble, nos conclusions indiquent que trois domaines suscitent des préoccupations parmi les infirmières et les infirmiers de toutes les catégories. Il s'agit de la prise de décisions, des traitements et des horaires. Même si certaines des recommandations du présent rapport ont trait à d'autres sujets, il est probable que l'attention apportée à ces facteurs prépondérants auront le plus d'effets sur le niveau de satisfaction des infirmières et des infirmiers.

De nombreuses méthodes ont été mises en oeuvre dans la province en vue d'améliorer les conditions de travail des infirmières et des infirmiers. Toutefois, il arrive trop souvent que l'on adopte des approches rigides, en particulier dans les domaines de la prise de décisions, des horaires et des possibilités d'étude.

On ne ressent aucune carence d'infirmières ou d'infirmiers au Nouveau-Brunswick. Cependant, très peu d'entre eux désirent travailler dans les conditions qui règnent dans certains établissements. Le maintien des approches rigides dans le recrutement et l'établissement des horaires, en vue de susciter une participation maximale du personnel actuel, poussera de plus en plus d'infirmières et d'infirmiers à démissioner ou à changer de lieu de travail et découragera le personnel inactif qui voudrait reprendre du service.

Par ailleurs, il est de plus en plus important de reconnaître que les membres de la profession infirmière au Nouveau-

Brunswick sont considérés comme des employés potentiels des services de santé de toute l'Amérique du Nord. Certains d'entre eux se laisseront séduire par des mesures incitatives les poussant à s'établir ailleurs. Même si cette situation touchera principalement les nouveaux diplômés, le réseau provincial de santé ne peut se permettre d'ignorer le besoin qu'il a de rester concurrentiel. On aura besoin de ces nouveaux diplômés pour combler des postes au Nouveau-Brunswick.

Les attitudes positives, les connaissances et la flexibilité sont des facteurs clés face à l'évolution du réseau et détermineront la rapidité avec laquelle celui-ci s'améliorera.

Les attitudes ont trait à la perception des rôles des infirmières et des infirmiers, que ce soit au sein de la profession elle-même ou parmi les personnes qui emploient, rencontrent ou représentent des infirmières ou des infirmiers.

La flexibilité équivaut à la reconnaissance par les membres de la profession, les organismes qui les représentent et leurs employeurs de l'équilibre que doivent atteindre bon nombre d'infirmières et d'infirmiers entre leur famille, leur travail et leurs responsabilités sur le plan éducatif tout au long de leur carrière.

Les connaissances sont à la base de l'identification des facteurs qui doivent être changés, des approches qui pourraient avoir un effet positif et des méthodes de mise en oeuvre de celles-ci.

Au niveau le plus stratégique, celui du gouvernement provincial, il est bon de souligner que le ministre de la Santé et des Services communautaires a reconnu l'importance de la profession en mettant sur pied le Comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière. La décision du ministre, en réaction à une recommandation du Comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière visant à mettre en oeuvre la présente étude, est une preuve supplémentaire de la volonté d'améliorer les conditions de travail des infirmières et des infirmiers.

L'intérêt manifesté par les personnes et les organismes qui ont pris part au projet montre qu'il existe une grande volonté de changement ainsi qu'une bonne connaissance des diverses améliorations qui pourraient être apportées aux conditions de travail des infirmières et des infirmiers. L'une des conclusions les plus significatives du rapport a trait à l'ampleur du consensus qui règne parmi les organismes importants (l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick et le Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick) quant à l'importance de "professionnaliser" la gestion et la pratique des soins infirmiers. Les mémoires du syndicat (le Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick) et de l'association (l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick), joints au présent rapport, illustrent l'ampleur du consensus qui regroupe les organismes représentant les membres de la profession, plutôt que les différends qui suscitent chez eux des conflits.

L'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick peut avoir un effet déterminant sur les attitudes et les connaissances des membres des conseils d'administration et des gestionnaires

et, selon son personnel, elle est prête à jouer un rôle actif dans le processus de changement qui devra avoir lieu dans les hôpitaux.

Recommandations

Recommandation nº 1 - Prise de décisions

On recommande :

Que des approches de gestion décentralisée soient adoptées en vue d'améliorer la participation des infirmières et des infirmiers de toutes les catégories à la prise de décisions touchant leur travail.

Recommandation nº 2 - Charge de travail et rôles

On recommande :

Que soient adoptées des méthodes de travail sûres en se basant sur un modèle conceptuel de soins infirmiers qui a fait l'objet d'un accord et sur l'évaluation actuelle des charges de travail des infirmières et des infirmiers.

Recommandation nº 3 - Reconnaissance

On recommande :

Que soient reconnues les connaissances et les aptitudes requises des infirmières et des infirmiers par l'application de la notion des échelons cliniques dans le réseau de santé.

Recommandation nº 4 - Compensation

On recommande :

Que les employeurs offrent aux infirmières et aux infirmiers une rémunération proportionnelle à leur niveau de responsabilités et à la variation de leurs conditions de travail.

Recommandation nº 5 - Éducation

On recommande :

Que soit encouragé l'accès aux programmes d'éducation permanente grâce à l'adoption de budgets de remplacement, au développement coopératif de programmes de certification avancée et de cours de gestion ainsi qu'à la mise en oeuvre de programmes d'orientation et d'échange adéquats.

Recommandation nº 6 - Responsabilités familiales

On recommande :

Que les responsabilités familiales soient reconnues par les organismes employant des infirmières et des infirmiers en offrant à ceux-ci des horaires innovateurs ainsi qu'une gamme d'options de congés (congés de maternité prolongés, sabbatiques et programmes de rémunération différée).

Recommandation nº 7 - Horaires

Afin de permettre une plus grande flexibilité et une meilleure créativé dans l'établissement des horaires, on recommande que :

1) Les employeurs collaborent avec les infirmières et les infirmiers ainsi que leurs représentants syndicaux en vue d'élaborer des formules d'affectation innovatrices qui respecteraient les normes des soins infirmiers tout en limitant la rotation du personnel ; ces programmes devraient être soumis à une surveillance en vue de vérifier leur efficacité. À notre avis, cette mesure aurait un effet positif sur la permanence et le recrutement des employés et réduirait l'incidence des congés indus.

2) La responsabilité des affectations et de l'établissement des horaires soit confiée au gestionnaire de l'unité ou à l'infirmière en chef. Cette stratégie permet d'accroître l'engagement du personnel et se distingue par sa flexibilité.

3) L'on améliore l'utilisation des employés occasionnels et à temps partiel. Les employés occasionnels devraient être affectés à un nombre limité d'unités et de gestionnaires, ils devraient suivre des séances d'orientation axées sur les besoins du milieu et participer aux programmes d'éducation permanente. L'amélioration de l'utilisation des employés à temps partiel devrait faire l'objet d'une étude en vue de maintenir la continuité et la qualité des soins.

4) L'on dédommage à la fin de l'année les employés qui n'utilisent pas leurs congés de maladie afin de minimiser le nombre des absences indues.

Recommandation n° 8 - Mise en oeuvre

On recommande :

Que des mesures soient immédiatement mises en oeuvre afin de démontrer aux infirmières et aux infirmiers que les problèmes relatifs à leurs conditions de travail sont reconnus et font l'objet de réflexions et d'actions correctives.

1. APPROCHE ET STRUCTURE

La présente étude a été commandée par le Comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière du Nouveau-Brunswick dans le but d'examiner les questions relatives aux conditions de travail qui préoccupent les infirmières et les infirmiers néo-brunswickois. L'objectif prépondérant de cette étude consiste à identifier les solutions possibles aux préoccupations énoncées au cours de la recherche.

En vue d'effectuer un examen exhaustif de la situation qui règne actuellement chez le personnel infirmier et d'identifier des solutions réalistes aux problèmes soulevés, on a divisé la recherche en six phases distinctes.

La première phase de l'étude consiste en un examen de la documentation la plus récente (datant de moins de cinq ans) qui a été publiée en Amérique du Nord. Ce travail a permis d'identifier les préoccupations des infirmières et des infirmiers à l'égard de la qualité de leurs conditions de travail et d'examiner les palliatifs possibles à ces inquiétudes. En outre, l'étude de la documentation a mis à jour des renseignements qui ont permis d'élaborer des outils de recherche fiables.

Dans le cadre de la phase deux de la recherche, on a effectué des entrevues avec des informateurs-clés provenant de l'extérieur de la province et représentant des associations d'infirmiers, des organismes de santé, des enseignants et des gestionnaires. Les données recueillies à la suite de ces entrevues ont servi à compléter l'étude de la documentation, étant donné que tous les renseignements pertinents n'ont pas été publiés.

1. (suite)

La phase trois de l'étude consistait en un questionnaire conçu en fonction d'examiner la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers. Cet outil visait à recueillir des données quantitatives auprès d'un échantillonnage représentatif des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et de permettre l'analyse statistique des corrélations fonctionnelles pertinentes à la satisfaction des employés.

Dans le cadre de la quatrième phase, on a convoqué des groupes-cibles provenant de toutes les régions de la province et composés de représentants des hôpitaux, des foyers de soins et des organismes de santé communautaire. Cette technique était un moyen de rejoindre directement la population-cible en vue de recueillir des renseignements quant à la nature et à l'ampleur du "problème" et d'étudier des solutions particulièrement adaptées à la situation règnant au Nouveau-Brunswick.

La phase cinq de l'étude a donné lieu à des entrevues et des rencontres avec des gestionnaires, des enseignants, des administrateurs de programmes de santé, des représentants d'organismes de nursing, des planificateurs et des experts-conseils. Le but de ce travail consistait à effectuer une évaluation plus exhaustive de la situation qui règne actuellement chez le personnel infirmier et d'examiner les possibilités de mise en oeuvre des solutions ou des améliorations proposées.

Pour la dernière phase de l'étude, on a intégré et comparé tous les résultats obtenus au cours des étapes précédentes et on a formulé des conclusions et des recommandations à la lumière de ces données.

1. (suite)

Chacune des phases de la recherche fait l'objet d'une section distincte du présent rapport. Chacune des sections peut être considérée comme un rapport en soi ; toutefois, prises dans leur ensemble, elles constituent un examen exhaustif de la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick, et elles donnent lieu à des recommandations portant sur des solutions pratiques, possibles et réalisables aux problèmes identifiés.

2. ÉTUDE DE LA DOCUMENTATION

2.1 Introduction

On peut affirmer que la qualité des conditions de travail correspond au niveau relatif de valeur ou d'excellence d'un milieu occupationnel précis (Chaplin, 1985). Ce facteur est souvent assimilé à la satisfaction des employés (Fuszard, 1984), mais il semble règner une certaine controverse parmi les auteurs étudiés quant à ce parallèle. On ne sait trop si la satisfaction des employés est synonyme de la qualité des conditions de travail ou si elle est simplement un corrolaire positif à celle-ci. Des recherches valables soutiennent les thèses ; toutefois, les auteurs du présent rapport les considèrent comme une seule proposition étant donné les similitudes relevées dans la mesure des variables.

La qualité des conditions de travail et ses corollaires ont été étudiés chez divers groupes occupationnels, et les résultats de ces recherches ont identifié les personnes oeuvrant au sein des professions de services (par exemple, les infirmiers, les conseillers, les travailleurs sociaux, etc.) comme étant les premières

2.1 (suite)

victimes des conséquences néfastes de mauvaises conditions de travail. Comme l'ont souligné Edelwich et Borodsky (1980), l'insatisfaction des employés et les symptômes connexes ne se manifestent pas uniquement chez les personnes oeuvrant dans le domaine des services humains ; toutefois, l'incidence de ce phénomène n'a pas la même régularité et ne comporte pas les mêmes coûts sociaux dans les professions autres que les services humains, où il revêt des caractéristiques particulières et une intensité toute spéciale. De telles conclusions ont donné lieu à des études plus poussées des diverses carrières dans le secteur des services humains, plus particulièrement en ce qui concerne les soins infirmiers (voir Blegen et al., 1987 ; Dolan, 1987 ; Larson et al., 1984 ; Sanger et al., 1985).

La qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers professionnels a fait l'objet, ces dernières années, de préoccupations croissantes de la part de nombreux secteurs de la société, y compris des membres de la profession, des personnes oeuvrant dans le milieu hospitalier et au sein d'autres organismes de santé, du ministère de la Santé et des Services communautaires ainsi que du gouvernement.

Ces divers groupes ont des intérêts variés, mais tous se préoccupent de l'excellence des soins apportés aux patients, laquelle est liée de façon significative à la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers.

2.1 (suite)

La présente étude porte principalement sur l'identification des préoccupations des infirmières et des infirmiers à l'égard de leur milieu de travail, et propose des solutions aux problèmes soulevés. On a mis l'accent sur la documentation canadienne publiée au cours des cinq dernières années, et on a aussi étudié la recherche qui a été effectuée aux États-Unis en vue d'appuyer les conclusions tirées des sources canadiennes et d'approfondir l'examen des solutions possibles.

L'étude a été structurée de la façon suivante :

Description des problèmes - l'examen des préoccupations courantes des infirmières et des infirmiers professionnels et l'identification des caractéristiques personnelles qui ont tendance à accroître la susceptibilité des employés aux problèmes relatifs aux conditions de travail.

Nature et contexte de l'insatisfaction des employés - les facteurs ayant une incidence sur l'insatisfaction des employés, les indices du mécontentement et les sources des préoccupations actuelles.

Solutions possibles - l'examen des méthodes éprouvées pour enrayer l'insatisfaction des infirmières et des infirmiers dans divers milieux.

Résumé et discussion - le résumé des renseignements tirés de la recherche. Les effets des conclusions, en termes de mise en oeuvre des programmes, font l'objet d'une étude particulière.

2.2 Description des problèmes

2.2.1 Identification de la situation actuelle

La frustration, l'insatisfaction et les démissions subséquentes, qu'elles soient temporaires ou permanentes, sont le lot des infirmières et infirmiers oeuvrant au sein du réseau de santé actuel. (AHQ, 1988 ; Alberta Association of R.N., 1988 ; Attridge et al., 1987). Ce phénomène n'est ni révolutionnaire ni restreint à cette profession, mais ses manifestations deviennent de plus en plus évidentes au fur et à mesure qu'augmente le niveau de préoccupations à cet égard et que s'accentue la possibilité d'une carence de ressources humaines.

Comme l'indiquait une recherche effectuée par le Comité d'étude sur les effectifs du personnel infirmier professionnel du Nouveau-Brunswick (1981), ce phénomène n'est pas imputable au fait que les infirmières et les infirmiers n'ont pas la volonté de fournir des soins adéquats aux patients ; il est plutôt relié à la frustration que provoque chez les employés leur impuissance à le faire.

> "Des charges de travail qui suscitent la prestation de soins en état de crise, qui forcent le personnel à effectuer des tâches à l'extérieur du champ de ses compétences et qui l'empêchent d'avoir son mot à dire dans la prise de décisions et dans la mise en oeuvre des changements..." (Comité d'étude

2.2.1 (suite)
sur les effectifs du personnel infirmier professionnel du Nouveau-Brunswick, 1981).

... semblent provoquer une dissension et une réduction des effectifs qui amenuisent l'efficacité du traitement des bénéficaires.

Les infirmières et les infirmiers oeuvrant dans tous les secteurs du réseau de santé semblent être soumis à des exigences croissantes, dont la plupart ne sont pas liées à la prestation des soins ; parmi celles-ci, notons l'inflexibilité des dirigeants et l'absence de sympathie des surveillants ou du personnel intermédiaire qui font écho aux préoccupations des employés (Ogilvie and Associates, 1981). On a déjà déployé des efforts en vue de solutionner de tels problèmes, mais ces tentatives ont connu peu de succès. Ces échecs ont eu pour conséquence d'accentuer le découragement des infirmières et des infirmiers et d'aggraver le mécontentement croissant dans le milieu.

Face à la situation qui règne actuellement au sein de la profession, on se préoccupe de plus en plus du nombre croissant des démissions et de leurs effets, non seulement sur les soins fournis aux patients, mais aussi sur l'exploitation des établissements (AHQ, 1988 ; Comité-Airseur ADHOC aux Directeurs des hôpitaux bilingues et francophones du NB, 1988 ; RNABC, 1987). À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick dispose d'un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers pour exploiter ses établissements,

2.2.1 (suite)

mais cette situation semble changer peu à peu et pourrait s'aggraver davantage en l'absence de mesures correctives.

D'après des statistiques compilées en 1987, on compte un total de 6 894 infirmières et infirmiers accrédités au Nouveau-Brunswick ; toutefois, pour des raisons inconnues à l'heure actuelle, 737 d'entre eux n'excercent pas leur profession.

Comme l'indiquait le sondage réalisé en 1981 sur les effectifs du personnel infirmier professionnel du Nouveau-Brunswick : "... les infirmières et les infirmiers ne sont pas intéressés à travailler dans les conditions qui prévalent dans de nombreux milieux, en particulier dans les hôpitaux". (Comité sur les effectifs du personnel infirmier professionnel du Nouveau-Brunswick).

Les mauvaises conditions de travail semblent être le facteur prépondérant qui pousse les infirmières et les infirmiers à cesser d'exercer leur profession ou à choisir de travailler dans des milieux autres que les hôpitaux. Cette situation soulève maintes préoccupations, car elle impose un fardeau financier aux établissements et provoque une carence de personnel responsable des soins aux patients.

2.2.2 Milieu de travail

Le milieu et les conditions de travail ne plaisent pas aux infirmières et aux infirmiers, mais on doit reconnaître qu'aucune relation ni situation de travail ne peut combler tous les besoins de chaque personne (Larson et Brown, 1984). Très souvent, l'expérience, la situation personnelle et les particularités de chaque employé contribuent à accroître l'intensité avec laquelle il ressent les problèmes. Chaque personne perçoit son travail différemment ; par conséquent, un employé peut considérer qu'une situation est problématique alors que son voisin n'y voit qu'un défi (Lazarus et al., 1952).

C'est pourquoi on peut difficilement attribuer des caractéristiques communes aux infirmières et aux infirmiers qui éprouvent une insatisfaction à l'égard de leur travail ; on a tout de même observé certaines tendances à ce sujet.

Entre autres, l'âge semble avoir un effet direct sur l'insatisfaction de l'employé. Dans une étude réalisée par Blegen et Mueller (1987) auprès de 370 infirmières et infirmiers accrédités et travaillant à temps plein, on a conclu que l'âge avait un effet significatif sur la perception de la qualité des conditions de travail ; en effet, l'analyse des données permettait d'établir un lien direct entre l'âge et la satisfaction de l'employé, et on a déduit que les infirmières et les infirmiers plus âgés avaient tendance à tirer une plus grande

2.2.2 (suite)
satisfaction de leur emploi que leurs collègues plus jeunes.

Les responsabilités familiales ont aussi leur importance dans l'examen de la qualité des conditions de travail chez les infirmières et les infirmiers. L'étude réalisée par Gaertner (1984) était basée sur le modèle des rôles conflictuels et de la satisfaction au travail et explorait les liens entre les variables touchant à la famille et au cycle de vie, à l'attrait du travail et à la situation professionnelle des infirmières et des infirmiers. Dans le cadre de cette étude, on a recueilli des données auprès de 4 191 infirmières et infirmiers travaillant à temps plein et à temps partiel à l'aide de la méthode de l'échelle de Likert, selon laquelle chaque question était évaluée sur un maximum de cinq points. Parmi les sujets abordés dans ce sondage, notons le niveau des soins directs aux patients, les possibilités de promotion, les traitements, les horaires et la disponibilité de services de garderie. Les résultats de cette étude ont montré que le facteur provoquant une insatisfaction généralisée parmi cet échantillonnage d'infirmières et d'infirmiers était celui de la disponibilité des services de garde d'enfants. La pertinence de cette conclusion était liée aux difficultés qu'éprouvent les employés à obtenir des services de garderie qui correspondent à leurs quarts de travail. On a aussi conclu que la situation de famille et la présence d'enfants à la maison ont une incidence sur la satisfaction de l'employé ;

2.2.2 (suite)
toutefois, la présence de jeunes enfants semble avoir un effet plus significatif à ce chapitre que la situation conjugale. Ces conclusions indiquent qu'il existe un fort niveau d'insatisfaction chez les infirmières et les infirmiers mariés qui ont des enfants, et elles lient ce phénomène aux exigences qu'impose à ces personnes leur travail.

Les trois variables démographiques (l'âge, la situation de famille et la présence d'enfants) ne sont pas les seuls facteurs liés à l'insatisfaction des employés. D'autres éléments, comme la langue, le poste, l'éducation, la taille de l'hôpital et les traitements, ont aussi été pris en considération dans l'évaluation de la qualité des conditions de travail (Blegen et al. ; 1987, Sanger et al., 1985). Certains auteurs ont fait allusion à la langue utilisée dans le milieu de travail comme élément d'insatisfaction, mais ils n'ont énoncé à cet égard aucune conclusion précise. Les autres facteurs susmentionnés font l'objet d'une étude approfondie dans la section suivante.

2.2.3 Nature et contexte de l'insatisfaction des employés

2.2.3.1 Facteurs liés à l'insatisfaction des employés

La satisfaction que ressentent les infirmières et les infirmiers à l'égard de leur travail a fait l'objet

2.2.3.1 (suite)

d'études exhaustives. Un examen de la documentation sur ce sujet, effectué par Hinshaw et Atwood (1984), a permis de dégager divers facteurs pertinents, notamment les caractères démographiques, les milieux de la santé et les caractéristiques réelles des emplois, qui ont un effet sur le degré de satisfaction des infirmières et des infirmiers. Leur enquête concluait que la majorité des facteurs pertinents avaient été étudiés individuellement plutôt que dans leur ensemble, qu'ils avaient fait l'objet d'un examen dans un cadre restreint et qu'ils ne tenaient pas compte d'une grande part des avis appuyant ou discréditant leurs conclusions ; c'est la raison pour laquelle l'effet de la combinaison de ces facteurs restait inconnu (Hinshaw et Atwood, 1984).

L'une des premières tentatives de répondre à la question soulevée par Hinshaw et Atwood (1984) a été effectuée par Sanger, Richardson et Larson (1985). Cette étude de la satisfaction des employés tenait compte de huit facteurs, notamment de la charge de travail, des réalisations, des relations avec l'infirmière en chef, les médecins et les gestionnaires, la prise de

2.2.3.1 (suite)

décisions et l'utilisation des connaissances et des aptitudes ; ces eléments étaient évalués à l'aide d'un questionnaire mis au point par Peterson et Schauwecher (1975-1976). L'analyse montrait que chacun des huit facteurs identifiés avait un effet significatif sur la satisfaction de chacun des employés. En conclusion, on a noté que l'identification des facteurs contribuant à la satisfaction des employés constituait une première étape importante, mais que les données recueillies ne pouvaient être utilisées que comme base à la planification, à l'intervention et à l'évaluation (Sanger et al., 1985, p. 46).

Au fur et à mesure qu'augmentait l'appui accordé à l'analyse des facteurs multiples de la satisfaction des employés, les recherches sur ce sujet se sont faites davantage exhaustives et précises. Une étude réalisée par Blegen et Mueller (1987) visait à examiner plus en profondeur cette approche. ^A l'aide d'un modèle de satisfaction élaboré par Price et Mueller (1986), ces experts en sciences sociales ont identifié treize facteurs descriptifs primaires pertinents à la mesure de la

2.2.3.1 (suite)

satisfaction des employés. Il s'agit des suivants :

- Possibilités de travail à l'extérieur de l'hôpital ;
- Travail routinier ;
- Autonomie dans les décisions liées au travail ;
- Communications liées au travail ;
- Intégration sociale avec les autres employés de l'unité ;
- Équité des traitements ;
- Avantages sociaux ;
- Possibilités de promotion ;
- Charge de travail ;
- Motivation à fournir de hauts niveaux de performance au travail ;
- Niveau de formation générale ;
- Niveau de responsabilité familiale ;
- Taille de l'unité.

Outre ces treize variables primaires, l'analyse finale de Blegen et Mueller (1987, p. 228) tenait compte de cinq autres corollaires, soit l'âge, les années de service à l'hôpital, le travail à temps plein et à temps partiel, l'affectation rotative et le poste.

Les résultats de cette étude indiquent que les infirmières et les infirmiers dans l'ensemble sont plus satisfaits

2.2.3.1 (suite)

qu'insatisfaits, et que chacune des variables identifiées atteint un niveau statistique significatif à l'égard de la satisfaction des employés. En résumé, les infirmières et infirmiers les plus satisfaits semblaient effectuer des tâches non routinières, jouissent de possibilités de promotion, sont plus âgés, bénéficient d'avantages relativement équitables, travaillent le jour et ne sont pas soumis à des charges de travail inférieures ni supérieures à la moyenne (Blegen et Mueller, 1987, p. 236).

Les études de Sanger et al. (1985) et de Blegen et Mueller (1987) examinent le plus exhaustivement les facteurs ayant un effet sur la satisfaction des infirmières et des infirmiers. Chacune des autres sources indique clairement que le niveau de satisfaction des employés est proportionnel à l'interaction du plus grand nombre de ces variables à un moment précis, même si tous d'entre eux ne sont pas également significatifs.

2.2.3.2 Conséquences de l'insatisfaction des employés

L'intérêt accru pour l'étude de la satisfaction et de la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers peut être en grande partie attribué aux conséquences d'une forte insatisfaction et à ses implications pour le réseau de santé. Les études réalisées à ce sujet ont été primordialement axées sur trois objectifs :

1) Réduire le roulement de personnel ;
2) Réduire l'absentéisme ;
3) Améliorer la qualité des soins fournis aux patients (Larson, Lee, Brown et Shorr, 1984).

2.2.3.3 Solutions possibles

À la suite des recherches exhaustives touchant le problème de l'insatisfaction des infirmières et infirmiers professionnels, on a conçu un certain nombre de solutions qu'on a tenté de mettre en oeuvre dans divers milieux. On a élaboré chacune des approches suivantes en vue de réduire le roulement du personnel et l'absentéisme et d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients.

2.2.3.3 (suite)

Parmi les méthodes innovatrices qui visent à améliorer les conditions de travail des infirmières et des infirmiers notons les suivantes :

i) <u>Travail à temps partagé</u>

Cette méthode consiste à jumeler deux employés à temps partiel en vue de combler un poste à temps plein. De cette façon, deux personnes partagent les responsabilités du poste tout en travaillant de façon permanente à temps partiel, selon des rotations et des traitements précis (contrairement aux employés occasionnels).

Lorsqu'on comble un poste jumelé, les infirmiers s'entendent sur la répartition du travail, sur la façon d'assurer la permanence et d'occuper un minimum de deux quarts par semaine. En d'autres termes, si l'une des deux personnes désire travailler les après-midi et que l'autre préfère les matinées, elles peuvent en venir à une entente acceptable. Les vacances de l'un des deux employés sont couvertes par son partenaire qui travaille alors à temps plein. Si l'un des deux

2.2.3.3 (suite)

collègues est malade, il appelle d'abord son partenaire pour se faire remplacer. En cas d'impossiblité, l'hôpital s'occupe de combler le poste (voir Dianne Doyle, directrice des services aux patients, Mount St. Joseph Hospital, Vancouver ; Jean Stuart, directrice des services infirmiers, University of B.C. Health Sciences Centre Hospital).

2.2.3.4 Le plan Baylor

Dans le cadre du plan Baylor, les infirmières et infirmiers s'entendent avec leur employeur en vue de répartir leur travail selon l'une des formules suivantes :

a) Du lundi au vendredi, durant la journée ; ces personnes travaillent pendant 7 1/2 hres par jour, soit 37 1/2 hres par semaine (75 heures toutes les deux semaines), et reçoivent un salaire et des avantages sociaux entiers.

ou

b) Du lundi au vendredi, au cours des soirées et des nuits ; ces personnes travaillent trois quarts de 12 heures la première semaine, et deux quarts de 12 heures au

2.2.3.4 (suite)

cours de la deuxième semaine, soit un total de 60 heures toutes les deux semaines. Ces employés reçoivent aussi un salaire et des avantages sociaux entiers.

ou

c) Deux quarts de 12 heures au cours des fins de semaine (48 heures toutes les deux semaines), assortis d'un salaire et d'avantages sociaux entiers.

Ces infirmières et infirmiers s'entendent avec leur employeur sur l'une de ces formules, qu'ils conservent pendant une certaine période (par exemple un ou deux ans). À la fin du contrat, l'employé peut le renouveler ou en proposer un nouveau, selon la disponibilité des quarts de travail.

<u>Programme des niveaux de pratique (échelons cliniques)</u>

Ce programme offre aux infirmières et infirmiers des possibilités de promotion axées sur des échelons de carrière établis qui prennent en considération le niveau d'éducation ainsi que l'expérience pertinente (D. Barkyte, 1987).

2.2.3.4 (suite)

Notion de soins infirmiers primaires

La notion des soins primaires place la responsabilité de la pratique dans les mains de l'infirmière et de l'infirmier, et entraîne la décentralisation de la prise de décisions.

On a identifié quatre mécanismes de responsabilité relativement à ce modèle de pratique des soins infirmiers :

1) Une personne assume les responsabilités et prend les décisions relativement à plusieurs patients 24 heures par jour (elle décide des soins à donner à son groupe de patients, 24 heures par jour, sept jours par semaine).

2) La méthode d'affectation par cas. Les affectations quotidiennes des patients sont axées sur leurs besoins de soins et sur les aptitudes du personnel disponible, et non sur la répartition des chambres.

3) La communication directe entre les responsables des soins. On établit un lien de communication directe entre l'infirmière d'un

2.2.3.4 (suite)

quart et celle qui est assignée au quart suivant, et entre l'infirmière et les autres responsables des soins.

4) Rôle de l'infirmière en chef. L'infirmière en chef joue un rôle crucial en qualité de dirigeante, de communicatrice, de clinicienne et de personne-ressource auprès des autres infirmières, puisqu'elle planifie, met en oeuvre et évalue les soins que doivent subir les patients. L'infirmière en chef vérifie la qualité du travail de l'unité (Gilles, 1982, pp. 232-246).

Dans certains établissements (Sunnybrook Medical Centre, Toronto : Donna Crinklaw Wiancko), le département des soins infirmiers incite le personnel de chacune des unités à élire un comité qui représente tous les échelons du personnel. Ce comité élu, désigné sous l'appellation de comité des soins infirmiers primaires, voit à la mise en oeuvre et à la pratique des soins dans l'unité. La clinicienne de l'unité joue le rôle de personne-ressource et de modératrice auprès du comité et du personnel.

2.2.3.4 (suite)

Communications verticales et horizontales

Aux fins de ce mécanisme, les gestionnaires se rencontrent en vue d'identifier les questions importantes au yeux du personnel infirmier et de rédiger un message sur celles-ci. Chaque gestionnaire organise ensuite une rencontre avec les surveillants qui lui sont subordonnés. Au cours de ces rencontres, on discute à fonds du message et les surveillants élaborent les discussions qu'ils auront avec leur personnel lorsqu'ils leur communiqueront les renseignements pertinents. On s'attend ensuite à ce que chaque surveillant transmette le message, soit au cours de rencontres en groupe, ou à l'occasion de conversations avec les membres de son personnel. Enfin, les gestionnaires organisent de brèves réunions de récapitulation avec leur groupe de surveillants afin d'évaluer les réactions des employés et d'identifier d'autres sujets de discussion. Ceux-ci sont ensuite soulevés lors des réunions des groupes de gestionnaires principaux, au cours desquelles on élabore et discute les messages suivants (Baird, 1987).

2.2.3.4 (suite)

Comités consultatifs employés/gestionnaires

Les comités consultatifs employés/gestionnaires composés de représentants du personnel infirmier et de surveillants choisis par l'administration peuvent s'avérer des moyens efficaces de faire connaître les préoccupations du personnel aux gestionnaires, de communiquer les messages des gestionnaires aux employés, de donner des avis au sujet de changements nécessaires ou proposés comme les moyens de réduire les coûts, ou d'étudier les communications que l'administration se propose de soumettre au personnel (Baird, 1987).

Publications de l'hôpital ou lettres aux employés

Grâce à une publication, l'administration communique aux employés les raisons motivant ses décisions ainsi que le plan d'action qu'elle envisage. Ainsi, l'administration démontre qu'elle connaît les conditions qui règnent dans l'hôpital et qu'elle base ses décisions sur la réalité quotidienne des unités. L'administration effectue des sondages d'opinion auprès des employés afin de connaître leurs

2.2.3.4 (suite)
préoccupations avant de leur donner suite (Baird, 1987).

2.3 Mesures propres à créer un milieu de travail stimulant

On a mis en oeuvre un certain nombre de mesures conçues en fonction d'améliorer le milieu de travail des infirmières et des infirmiers :

2.3.1 Consultation entre les infirmiers

Ce programme est placé sous la responsabilité d'un expert-conseil engagé à plein temps et bénéficiant de l'aide des infirmières d'une unité psychiatrique. Les services offerts dans le cadre de ce programme comprennent les consultations auprès du personnel infirmier et des gestionnaires, les groupes de soutien offerts aux employés expérimentés et aux nouveaux diplômés, les interventions en cas de crise dans les moments de stress, la médiation des conflits interpersonnels entre les infirmières et infirmiers, les médecins et les gestionnaires et l'éducation à la gestion du stress. L'infirmière-conseil organise des rencontres bimensuelles des groupes de soutien dans diverses unités. Ces groupes permettent aux infirmières et aux infirmiers de faire part de leur frustration face à la bureaucratie des soins intensifs, d'approfondir leur réflexion et d'améliorer leur aptitude à résoudre les problèmes et à adopter des méthodes pour réduire leur mécontentement, et de s'assurer du soutien de leur pairs face aux pressions communes.

2.3.1 (suite)
L'infirmière-conseil peut aussi être appelée à la rescousse d'une unité ou de l'hôpital au cours des périodes de stress intensif.

2.3.2 Ateliers sur le stress

On peut organiser, avec l'aide d'un moniteur objectif, une série d'ateliers afin d'aider les infirmières et les infirmiers à exprimer leurs préoccupations, leur anxiété, leur colère et leur satisfaction à l'égard de certains aspects de leur travail. En outre, on distribue aux participants de la documentation qui explique les façons de dépister le stress lié à l'emploi. Ces documents leur permettent aussi d'apprendre à résoudre les problèmes de façon créative au moyen d'activités comme la gestion du temps, les techniques de relaxation, le régime alimentaire et l'exercice.

On leur enseigne aussi des techniques de relaxation et d'autres méthodes permettant de réduire le stress comme la méditation, la visualisation et les touchers thérapeutiques (Burnaby Hospital, CB, Mary Preissl : Nurses Management, 2 août 1987, B.C. Stress Workshop).

2.3.3 Programme pour les nouveaux diplômés

On pourrait offrir aux nouveaux diplômés des séances d'orientation dans tout l'hôpital au cours d'une période de six mois afin de leur permettre d'acquérir une meilleure connaissance des tâches qui doivent être accomplies et de les

2.3.3 (suite)

initier à leur travail ainsi qu'aux décisions importantes auxquelles ils devront faire face. Pour ce faire, on peut les confier aux soins d'un tuteur au sein de chacune des unités au cours de cette période de rotation ainsi que dans l'unité à laquelle ils seront affectée de façon permanente. En outre, on devrait mettre sur pied un groupe de soutien qui leur permettrait de faire face au stress qu'impose la réalité du milieu de travail (Bajmok et G. Gittermau, 1988).

Chacune de ces approches a été mise en oeuvre et a fait l'objet de recherches (par les recherchistes cités) ; elles ont amélioré les niveaux de satisfaction des infirmières et des infirmiers.

2.4 Résumé et conclusions

Comme l'indique la documentation étudiée, le problème de l'insatisfaction des infirmières et des infirmiers est réel et ne cesse de s'accroître. Même si tous les milieux ne donnent pas lieu à un même niveau d'insatisfaction, il est clair qu'un faible taux de satisfaction peut souvent laisser présager une dégradation de la situation et être la cause de roulements de personnel, d'absentéisme et d'une diminution de la qualité des soins si des mesures correctives ne sont pas adoptées au moment opportun.

Tableau 1

12 VARIABLES CHOISIES EN VUE DE MESURER LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Variable	Définition opérationnelle
1. Réalisations (n = 5)	La réalisation d'objectifs personnels dans le milieu de travail.
2. Reconnaissance (n = 5)	La reconnaissance de la qualité des soins fournis et de l'exécution efficace des tâches de la part de l'administration et des collègues, ainsi que l'évaluation de la performance, les récompenses et les réprimandes.
3. Prise de décisions (n = 5)	Le niveau de participation à la prise de décisions au sujet du traitement des patients et de l'exploitation de l'établissement.
4. Utilisation des connaissances et des aptitudes (n = 4)	La possibilité d'échanger des idées, des connaissances et des aptitudes aves les collègues.
5. Possibilités d'étude (n = 5)	La possibilité de prendre part aux programmes éducatifs et d'améliorer son bagage de connaissances à l'aide du soutien (par l'entremise de mises en disponibilité, de remaniements des horaires) offert par l'établissement.

Variable	Définition opérationnelle
6. Promotions (n = 3)	Les possibilités de promotion dans le milieu de travail.
7. Traitements (n = 2)	Les rétributions financières perçues en échange du travail fourni.
8. Charge de travail (n = 7)	L'insuffisance ou l'excès des exigences du travail.
9. Horaire (n = 7)	Le choix préférentiel des quarts et des périodes de travail et l'influence d'effectifs adéquats sur celui-ci.
10. Taille et tâches de l'unité (n = 5)	L'échelle opérationnelle de l'établissement, la disponibilité de matériel moderne, la taille de l'établissement par rapport aux besoins de la collectivité, l'accessibilité de l'emplacement.
11. Communications liées à l'emploi (n = 6)	L'interaction entre les infirmières et infirmiers, les pairs, l'administration et les médecins.
12. Parenté (n = 3)	La volonté des dirigeants de l'établissement de tenir compte des responsabilités familiales et des besoins personnels.

NOMBRE TOTAL DE QUESTIONS : 57

3. INFORMATEURS-CLÉS

3.1 Méthode

3.1.1 Sujets

En tout, sept sources ont été consultées au cours de cette phase de la recherche. Voici leur liste :

- Le département d'éducation permanente du Victoria General Hospital de Halifax ;
- Le groupe d'étude du Metro Toronto Hospital Council sur le moral et la permanence des infirmières et des infirmiers ;
- L'Alberta Association of Registered Nurses ;
- L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario ;
- Le Comité consultatif du ministre sur la main-d'oeuvre infirmière de l'Ontario ;
- Le groupe de travail des hôpitaux anglophones du Québec sur la main-d'oeuvre infirmière ;
- Plusieurs gestionnaires principaux des soins infirmiers des hôpitaux importants de Toronto.

3.1.2 Matériel

Le matériel utilisé pour les fins de cette phase de la recherche consistait en un guide d'entrevue des informateurs-clés (voir l'annexe A). Ce guide était conçu de sorte à recueillir des renseignements des organismes qui avaient étudié la question de la qualité des conditions de travail des infirmiers et qui avaient identifié des façons d'améliorer la

3.1.2 (suite)
situation. Les questions comprises dans ce guide étudiaient le problème auxquels l'établissement devait faire face, les signes d'insatisfaction qui y avaient été relevés, les solutions mises en oeuvre et les résultats de ces travaux.

3.1.3 Déroulement

Pour cette phase de l'étude, les informateurs-clés ont été rejoints et interrogés au téléphone. On a communiqué à chaque personne la description et la nature de l'étude et on lui a posé les questions du guide d'entrevue.

3.2 Résultats

Parmi les renseignements recueillis auprès de ces sources, notons la description exhaustive de la notion d'échelons cliniques ainsi que l'expérience d'autres établissements quant à la solution des problèmes attribuables aux carences de personnel et aux mauvaises conditions de travail.

3.2.1 Échelons cliniques

L'expérience que réalise le Victoria General Hospital dans ce domaine en est encore à l'étape de la recherche. Cette notion sert de base à un projet-pilote réalisé dans neuf unités de soins infirmiers, et les résultats de son évaluation sont attendus avant la fin de l'année.
l'heure actuelle, les modalités des traitements des employés des divers échelons n'ont pas été

3.2.1 (suite)
fixées, et les infirmières continuent de recevoir un salaire proportionnel à leur ancienneté.

3.2.2 Expériences

Des expériences semblables ont été entreprises par les hôpitaux du Toronto métropolitain et les établissements anglophones du Québec parallèlement à cette étude. On a élaboré des questionnaires en fonction des variables identifiées dans le cadre de la présente recherche. Dans les deux cas, la cueillette de données est terminée et l'analyse est en voie d'exécution.

On s'attend à ce que ces rapports de recherche soient publiés avant la fin de l'été. Ces études ont été entreprises en réaction à des préoccupations en matière de carences et de roulement du personnel ; et la reconnaissance de la part de leurs initiateurs que de nombreux facteurs pouvaient être à la racine de ces problèmes.

Il est bon de souligner que, contrairement à la situation au Nouveau-Brunswick, ces travaux ont été entrepris à la suite de l'identification de carences graves de personnel infirmier. Les symptômes de ce problème ont tendance à se manifester de façon progressive et à prendre la forme de préoccupations et de désillusion quant à la qualité des soins fournis, puis d'un

3.2.2 (suite)

absentéisme accru et, enfin, d'un taux de roulement élevé (Sheridan, 1985).

Le mémoire de l'Alberta Association of Registered Nurses sur les préoccupations des infirmières et des infirmiers des hôpitaux et des foyers de soins de l'Alberta, qui a été déposé en mars 1988, propose une vaste gamme de changements au domaine des soins infirmiers ; mais on doit souligner que ce rapport a aussi été publié en réaction à une crise, soit la grève des infirmières albertaines qui s'est déroulée en janvier et en février 1988.

4. QUESTIONNAIRE

4.1 Méthode

4.1.1 Sujets

Les participants à l'étude comprenaient 276 infirmières et infirmiers travaillant ou non dans leur profession et accrédités dans la province du Nouveau-Brunswick, qui ont été rejoints par l'entremise d'un questionnaire postal, et 104 infirmières et infirmiers travaillant dans leur profession, qui ont été appelés à remplir le sondage avant de participer aux travaux des groupes-cibles. Les personnes interrogées au moyen du sondage postal ont été choisies au hasard dans la liste d'accréditation de l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick. On a utilisé un échantillonnage de 10 pour cent des 7 047 membres accrédités, soit un total de 700 personnes. Des questionnaires ont été postés à 691 participants. Neuf d'entre eux ont été éliminés de l'échantillonnage original puisqu'il était évident qu'ils ne travaillaient pas au Nouveau-Brunswick. Les personnes composant le reste de l'échantillonnage ont été choisies selon les critères énumérés dans la section portant sur les participants des groupes-cibles du présent rapport.

4.1.2 Matériel

Le matériel utilisé au cours de la présente phase de la recherche consistait en un

4.1.2 (suite)
questionnaire en deux parties portant sur les facteurs liés à la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers (voir l'annexe B).

La section I du questionnaire comprenait vingt-trois questions visant à recueillir des renseignements démographiques de la part des participants.

La section II du sondage était constituée de cinquante-sept énoncés répartis en douze sous-divisions composées des variables précises suivantes : réalisations, reconnaissance, prise de décisions, utilisation des connaissances et des aptitudes, occasions d'étude, promotions, traitements, charge de travail, horaires, taille et tâches de l'unité, communications liées à l'emploi et responsabilités familiales. On accordait à chacun de ces énoncés un pointage de cinq sur l'échelle de type Likert, le nombre un indiquant que l'énoncé était toujours faux, et le nombre cinq, qu'il était toujours vrai.

Le tableau 1 contient les définitions opérationnelles de chacune des variables sus-mentionnées et identifie le nombre d'énoncés inclus dans chacune des sous-sections.

La présentation et le contenu du questionnaire ont été adaptés d'outils utilisés au cours des recherches réalisées par Sanger, Richardson et Larson (1985) et Blegen et Mueller (1987), dans lesquelles les facteurs décrits ci-dessus ont

4.1.2 (suite)

été identifiés comme étant les mesures significatives de la satisfaction des infirmières et des infirmiers.

La qualité des conditions de travail et la satisfaction des employés constituent des données hypothétiques qu'on ne peut quantifier qu'en cernant les facteurs qui ont un effet sur leur existence. Par conséquent, en vue d'obtenir un pointage du niveau de satisfaction des employés, on doit d'abord recueillir les évaluations qu'ils ont accordées à chacune de ces variables. Ces pointages individuels combinés donnent un indice significatif de la qualité des conditions de travail selon l'évaluation qu'en font les employés.

4.2 Déroulement

Les questionnaires distribués par la poste étaient accompagnés d'une feuille de renseignements (voir l'annexe C) qui fournissait aux participants des données au sujet de l'étude sur les conditions de travail des infirmières et infirmiers, des explications sur le questionnaire ainsi que de l'information sur la façon de retourner le sondage.

Dans la section I du questionnaire, les participants devaient répondre à des questions à portée démographique. On leur demandait de répondre en encerclant le nombre approprié. Les participants qui ne travaillaient plus dans leur profession devaient répondre à chaque question selon l'opinion qu'ils

4.2 (suite)
avaient de leur dernier emploi dans le domaine, à moins d'indication contraire.

La section II du questionnaire consistait en une série d'énoncés portant sur des facteurs précis et liés à la satisfaction des employés. On demandait d'encercler un nombre (de 1 à 5) qui représentait le mieux le degré auquel l'énoncé décrivait adéquatement l'expérience du participant.

Les participants devaient retourner les questionnaires au plus tard le 2 juin 1988 afin d'être inclus dans l'analyse.

La méthode de présentation du questionnaire aux participants des groupes-cibles est décrite dans la section du déroulement des travaux des groupes-cibles du présent rapport.

Dans tous les cas, on assurait les participants que leurs réponses resteraient confidentielles.

4.3 Résultats

Les données recueillies à l'aide des questionnaires ont été analysées en deux étapes.

4.3.1 Première étape

Les données ont été analysées informatiquement à l'aide du logiciel statistique SAS. On a effectué des analyses unilatérales des variables afin de déterminer si les facteurs suivants

4.3.1 (suite)

avaient une incidence sur le degré de satisfaction de l'employé : l'âge, la situation de famille, l'âge de l'enfant le plus jeune, la langue maternelle, la langue parlée au travail, l'emploi actuel dans la profession, l'établissement de travail, la taille de l'hôpital, l'éducation, la formation ou les études, le secteur d'emploi, les années d'expérience, le poste actuel, le type de soins prodigués dans l'unité ou l'organisme, la charge de travail moyenne quotidienne, la charge de travail moyenne d'une infirmière au sein de l'organisme, la rotation, les quarts, les heures de travail hebdomadaires et les traitements. On a effectué le test de Scheffe afin d'évaluer s'il se présentait des différences significatives entre les pointages moyens de chacune des variables démographiques du point du vue de l'évaluation de la satisfaction des employés.

L'analyse a démontré que l'incidence de la langue parlée (anglais ou français) était significative : $F(1\ 374)=6,56$, $MSe=0,21$, $p<0,05$. Les pointages moyens des deux groupes linguistiques étaient de 3,26, du côté des infirmières et infirmiers anglophones, et de 3,13, pour ce qui est des francophones. Le test de la signification indique que les employés de langue maternelle française étaient proportionnellement moins satisfaits de leur emploi que les participants anglophones.

4.3.1 (suite)

D'autres analyses ont démontré que la variable de l'établissement d'emploi (hôpital, foyer de soins ou autre établissement de santé) avait un effet significatif sur l'évaluation de la satisfaction de l'employé : $F=(2\ 368)=13,94$, $MSe=0,19$, $p<0,05$. Le pointage moyen des trois groupes d'employés était de 3,13, chez ceux qui travaillent dans les hôpitaux, de 3,37, chez les employés des foyers de soins, et de 3,40, pour ceux qui travaillent dans d'autres établissements de santé. Le test des différences significatives par groupe indique que les employés des hôpitaux sont beaucoup moins satisfaits que les travailleurs des foyers de soins et des autres établissements de santé.

La taille de l'hôpital (grand, moyen ou petit) est aussi apparue comme un critère déterminant pour ce qui est de la satisfaction des employés : $F=(2\ 294)=4,50$, $MSe=0,16$, $p<0,05$. Le pointage moyen dans les trois cas était de 3,17, pour les grands hôpitaux, de 3,06, pour les établissements de taille moyenne, et de 3,24, pour les petits hôpitaux. Le test de la signification permet de voir que les personnes travaillant dans les hôpitaux de taille moyenne sont beaucoup moins satisfaites de leur emploi que leurs collègues des petits hôpitaux. On n'a noté aucune différence significative par rapport aux employés des grands hôpitaux.

On a analysé les incidences du secteur d'emploi sur la satisfaction des employés. Les résultats de cette analyse indiquent que le secteur

4.3.1 (suite)
d'emploi (soins généraux des patients, soins intensifs ou administration) ont des conséquences significatives sur le degré de satisfaction : $F(2\ 324)=4,22$, $MSe=0,19$, $p<0,05$.

Le pointage moyen pour les trois secteurs était de 3,21, en ce qui concerne les infirmières et infirmiers des soins généraux, de 3,15, pour ceux qui travaillent dans le domaine des soins intensifs, et de 3,47, pour les personnes oeuvrant au sein de l'administration. On a noté une distinction significative parmi ces groupes; en effet, les infirmières et infirmiers occupant des postes administratifs étaient plus satisfaits que leurs collègues des deux autres groupes.

Pour ce qui est du poste actuellement occupé (infirmière généraliste, infirmière en chef, etc.), l'analyse indique une incidence significative de cette variable sur le taux de satisfaction : $F(2\ 363)=6,24$, $MSe=0,18$, $p<0,05$. Les pointages moyens étaient de 3,17, pour les infirmières généralistes, de 3,27, pour les infirmières en chef, et de 3,39, pour les autres postes. Même si on a noté une incidence significative du poste occupé sur le degré de satisfaction, on ne remarque aucun écart important entre les trois sous-groupes étudiés.

On a évalué le degré de satisfaction des participants selon qu'ils travaillaient ou non suivant des quarts rotatifs. L'analyse indiquait que les rotations avaient une incidence

4.3.1 (suite)

significative : $F(1\ 369)=15,19$, $MSe=0,18$, $p<0,05$. La moyenne des deux groupes était de 3,13, pour ceux qui travaillaient selon des quarts rotatifs, et de 3,31, pour ceux qui observaient un horaire fixe. Le test de la signification indiquait que les employés non assujettis aux quarts rotatifs étaient beaucoup plus satisfaits que leurs collègues.

En plus des quarts rotatifs, l'incidence des périodes de travail (jour, soirée, nuit) a aussi été examinée. Les résultats de cette analyse indiquent que les périodes de travail ont un effet important : $F(2\ 177)=3,70$, $MSe=0,22$, $p<0,05$. Toutefois, on n'a noté aucune différence importante entre les trois groupes étudiés. La moyenne de chacun de ces groupes était de 3,33, pour ceux qui travaillent fréquemment le jour, de 3,13, pour les employés du quart de soir, et de 3,09, pour les travailleurs du quart de nuit. Comme l'indique l'étude des moyennes de ces groupes, ceux qui travaillent le jour sont plus satisfaits que les employés des deux autres groupes, mais du point de vue statistique, ces différences ne sont pas significatives.

Le test de l'écart multiple de Duncan démontre que l'âge, la situation de famille, l'âge de l'enfant le plus jeune, la langue utilisée au travail, l'emploi actuel dans la profession, l'éducation, la formation ou l'éducation permanente, l'expérience, le type de soins, la charge de travail quotidienne, la charge de

4.3.1 (suite)
travail moyenne des infirmières de l'organisme, les heures de travail hebdomadaires, l'ancienneté et les traitements n'avaient pas d'effet significatif sur le taux de satisfaction des employés ($p>0,05$).

4.3.2 Deuxième étape

On a analysé les données des douze corollaires de la satisfaction des employés (voir le tableau 1) à l'aide du logiciel statistique SAS. On a effectué l'analyse unilatérale des variables afin de déterminer si les caractéristiques démographiques des sujets avaient une incidence prévisible sur le pointage. Le test de l'écart multiple de Duncan a été effectué en vue d'évaluer s'il existait des différences significatives dans les pointages moyens de chacune des variables démographiques accordées par les sous-groupes aux douzes sous-échelons du questionnaire sur la satisfaction des employés.

Les pointages de chacune des douze sous-sections du questionnaire (réalisations, reconnaissance, prise de décisions, utilisation des connaissances et des aptitudes, occasions d'étude, promotions, traitements, charge de travail, horaires, taille et tâches de l'unité, communications liées à l'emploi et responsabilités familiales) ont été analysés en rapport à chacune des variables démographiques identifiées préliminairement. Les tableaux 2 à 13 résument les pointages de chacune de ces

4.3.2 (suite)
sous-sections selon les variables démographiques qui ont été jugées significatives.

L'analyse des treize sous-sections du questionnaire, à la lumière des variables démographiques, indique que les établissements (hôpitaux, maisons de soins ou établissements de santé communautaire), la taille des hôpitaux (grands, moyens ou petits), le secteur d'emploi (administration, soins spéciaux ou généraux) et le travail selon des quarts rotatifs sont les facteurs les plus déterminants du degré de satisfaction parmi les treize sous-sections étudiées. Même si d'autres variables démographiques ont un effet significatif sur chacune des sous-sections, ces quatre facteurs ont été mentionnés plus fréquemment que les autres. On doit donc conclure, à la lumière de ces données, que les infirmières généralistes travaillant dans les hôpitaux de taille moyenne et qui sont affectés à des quarts rotatifs sont les plus susceptibles de subir les effets néfastes des facteurs touchant la qualité des conditions de travail.

On doit souligner que cette analyse (tableaux 2 à 13) présente des moyennes démographiques et des probabilités qui ne constituent que des indices de leur relation avec les variables indiquées. Les pointages ne sont pas représentatifs de la relation entre les treize sous-sections et la satisfaction des employés.

Tableau 2
Pointage des réalisations compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Âge	3,43	3,43	0,001
Âge de l'enfant le plus jeune	3,44	2,09	0,050
Langue maternelle	3,44	5,20	0,020
Établissement	3,43	22,37	0,001
Taille de l'hôpital	3,32	3,54	0,030
Secteur d'emploi	3,42	3,33	0,010
Poste actuel	3,42	4,08	0,010
Type de soins	3,40	7,17	0,007
Rotations	3,43	10,09	0,001
Quarts	3,50	6,64	0,001

Tableau 3

Pointage de la reconnaissance compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Situation de famille	3,37	8,59	0,0036
Établissement	3,36	5,37	0,0050
Éducation	3,35	4,36	0,0135

Tableau 4

Pointage de la prise de décisions compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Établissement	3,25	8,51	0,0002
Taille de l'hôpital	3,22	7,51	0,0007
Éducation	3,26	3,04	0,0491

Tableau 5

Pointage de l'utilisation des connaissances et des aptitudes compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Établissement	3,25	11,22	0,0001
Taille de l'hôpital	3,18	4,92	0,0079
Secteur d'emploi	3,24	3,24	0,0405
Type de soins	3,22	4,90	0,0278
Rotations	3,25	4,84	0,0285

Tableau 6
Pointage des possibilités d'étude compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Établissement	3,15	5,35	0,0051
Taille de l'hôpital	3,12	8,79	0,0002
Secteur d'emploi	3,17	5,54	0,0043
Poste actuel	3,15	6,46	0,0018
Rotations	3,15	3,98	0,0468
Traitements	3,15	2,87	0,0582

Tableau 7

Pointage des possibilités de promotions compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Situation de famille	2,68	6,09	0,0141
Langue maternelle	2,67	8,24	0,0043
Établissement	2,67	8,66	0,0002
Taille de l'hôpital	2,70	21,19	0,0001
Secteur d'emploi	2,67	4,44	0,0126
Type de soins	2,68	8,44	0,0040
Charge de travail	2,70	2,96	0,0128

Tableau 8

Pointage des traitements compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Langue maternelle	2,40	5,75	0,0170
Établissement	2,40	20,98	0,0001
Taille de l'hôpital	2,31	14,93	0,0001
Secteur d'emploi	2,40	8,38	0,0003
Charge de travail	2,28	3,22	0,0077
Rotations	2,41	11,01	0,0010
Traitements	2,38	4,72	0,0095

Tableau 9

Pointage de la charge de travail compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Âge	3,30	2,65	0,0110
Établissement	3,30	5,45	0,0046
Taille de l'hôpital	3,27	4,10	0,0176
Charge de travail	3,24	3,69	0,0031

Tableau 10

Pointage des horaires compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Âge	3,57	5,11	0,0001
Âge des enfants	3,56	2,96	0,0078
Langue maternelle	3,56	15,82	0,0001
Emploi actuel dans la profession	3,57	4,43	0,0361
Établissement	3,57	5,38	0,0050
Secteur d'emploi	3,59	4,58	0,0109
Expérience	3,56	3,55	0,0038
Poste actuel	3,56	6,54	0,0016
Rotations	3,57	36,76	0,0001
Quarts	3,75	4,39	0,0138
Heures	3,57	2,71	0,0680
Traitements	3,58	5,49	0,0045

Tableau 11

Pointage des tâches et de la taille des unités compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Langue maternelle	3,01	41,06	0,0001
Taille de l'hôpital	2,98	15,00	0,0001
Type de soins	2,98	5,34	0,0216

Tableau 12

Pointage des communications liées à l'emploi compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Sitation de famille	3,28	9,08	0,0280
Établissement	3,27	6,99	0,0010
Rotations	3,28	12,94	0,0004
Quarts	3,37	3,42	0,0350

Tableau 13

Pointage des responsabilités familiales compte tenu de variables démographiques significatives

Variable démographique	Pointage moyen (possibilité de 5)	Valeur F	Signification (Valeur P)
Âge	2,75	5,69	0,0001
Âge des enfants	2,75	4,89	0,0001
Établissement	2,75	3,57	0,0290
Expérience	2,76	5,22	0,0001
Poste actuel	2,75	9,12	0,0001
Rotations	2,75	5,28	0,0221

4.4 Fiabilité du test

La fiabilité fait référence à la possibilité qu'un test donné produise des pointages constants sur tous les sujets qui y sont soumis. Le tableau 14 énumère les coefficients de fiabilité de chacune des treize sous-sections du questionnaire et identifie leurs points forts dans l'évaluation du degré de satisfaction des employés. Plus le pointage de fiabilité est près de 1,0, plus les tests sont sûrs.

Les résultats de l'analyse, qui sont présentés dans le tableau 14, indiquent que les facteurs des traitements, de la promotion et des responsabilités familiales ont le plus d'effet sur la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers. Chacun des autres facteurs identifié s'est vu attribué un pointage moyen qui ne diffère pas de façon significative de celui des autres critères ; on doit donc conclure que les traitements, les promotions et les responsabilités familiales sont les critères les plus significatifs dans l'évaluation de l'insatisfaction des employés pour cette partie de l'analyse.

En conclusion, l'outil de test montrait une fiabilité générale de 0,8063, ce qui reflète son efficacité pour ce qui est de l'évaluation constante du degré de satisfaction des employés.

4.5 Discussion

L'analyse générale montre que les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick sont en général

4.5 (suite)

plus satisfaits qu'insatisfaits de leurs conditions de travail. Toutefois, comme le montrent les tableaux ci-joints, des secteurs provoquent une insatifaction relative : les traitements, les possibilités de promotion, les responsabilités familiales, les horaires, les occasions d'étude et la prise de décisions. On estime que ces facteurs doivent être étudiés afin d'éviter que la situation ne se dégrade davantage.

Tableau 14
Facteurs déterminants de la satisfaction
des infirmières et des infirmiers face à leur emploi

Variable	Pointage moyen	Déviation normative	Fiabilité
Réalisations (cinq questions)	3,41	0,6522	0,7401
Reconnaissance (cinq questions)	3,33	0,7367	0,6175
Prise de décisions (cinq questions)	3,25	0,5518	0,5087
Utilisation des connaissances et des aptitudes (quatre questions)	3,25	0,7039	0,5014
Occasions d'étude (cinq questions)	3,13	0,7224	0,5625
Possibilités de promotion (trois questions)	2,70	0,9414	0,6460
Traitements (deux questions)	2,40	1,1015	0,6932
Charge de travail (sept questions)	3,29	0,6179	0,7000
Horaires (sept questions)	3,01	0,7756	0,6878

Variable	Pointage moyen	Déviation normative	Fiabilité
Tâches et taille de l'unité (cinq questions)	3,57	0,6834	0,4672
Communications liées à l'emploi (six questions)	3,27	0,7638	0,6765
Responsabilités familiales (trois questions)	2,73	0,7230	0,1823

5. GROUPES-CIBLES

5.1 Méthode

5.1.1 Sujets

Les 104 participants étaient des infirmières et infirmiers sur le marché du travail (y compris des employés à temps plein, à temps partiel et occasionnels), qui ont été choisis dans tous les genres d'établissement de soins de santé. Ils formaient un total de douze groupes mixtes (deux groupes par région, sauf dans les régions 3 et 7 qui ne comptaient qu'un seul regroupement). On avait l'intention de constituer deux groupes dans la région 3, mais l'absence de collaboration du milieu a rendu impossible l'organisation d'un regroupement dans la zone nord de la région. Les deux tiers des participants provenaient des hôpitaux, 10 pour cent d'entre eux travaillaient dans les foyers de soins, 20 pour cent oeuvraient dans le domaine de la santé communautaire et 4 pour cent travaillaient dans les hôpitaux psychiatriques.

Les infirmières et les infirmiers des hôpitaux provenaient de tous les genres d'unité (soins intensifs, pédiatrie, psychiatrie, salle d'opération, urgence et patients externes, médecine et chirurgie, malades chroniques et maternité). Ces personnes représentaient les hôpitaux régionaux, communautaires et locaux de chacune des régions.

5.1.1 (suite)

Les infirmières et les infirmiers des hôpitaux psychiatriques oeuvraient auprès des trois principales catégories de patients (traitement actif, réhabilitation et long terme).

Les infirmières et infirmiers des foyers de soins provenaient de petits et de grands établissements.

Le personnel de la santé communautaire provenait de tous les secteurs de cette activité (santé publique, santé mentale communautaire, patients externes, cabinets de médecin, VON, services correctionnels, industries, centres de services de santé et de traitement de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance).

Les participants de chaque catégorie ont été choisis avec l'aide des gestionnaires. Dans le cadre du mécanisme de sélection générale, on a demandé à ces derniers de fournir trois noms de personnes figurant sur leur liste de dotation et correspondant aux nombres choisis au hasard par les recherchistes. L'organisateur des groupes-cibles retenait l'un de ces trois candidats en vue des travaux des groupes-cibles.

Toutefois, dans environ 25 pour cent des cas, aucun des trois candidats retenus n'était disponible. On communiquait alors à nouveau avec les gestionnaires en vue de leur demander de choisir un substitut dans la catégorie pertinente.

5.1.2 Matériel

La documentation utilisée aux fins de cette phase de l'étude était constituée du questionnaire sur la satisfaction des employés, décrit précédemment, et du guide du modérateur.

Le guide du modérateur (voir l'annexe B) était conçu comme un outil d'étude des sujets soumis aux discussions en groupe. Cet outil, divisé en deux sections (les facteurs pertinents à la satisfaction des employés et les solutions possibles), servait de base à la cueillette des données. La première section du guide comprenait des questions sur les réalisations, la reconnaissance, la prise de décisions, l'utilisation des connaissances et des aptitudes, les occasions d'étude, les promotions, les traitements, la charge de travail, les horaires, les tâches et la taille des unités, les communications liées à l'emploi et les responsabilités familiales. La section ayant trait aux solutions contenait les caractéristiques d'interventions comme le partage des postes, le plan Baylor et les échelons cliniques ; elle visait à identifier les facteurs essentiels au succès des programmes envisagés.

Il est bon de noter qu'un magnétophone était utilisé au cours des discussions des groupes-cibles (avec la permission des participants) en vue de recueillir tous les renseignements fournis et d'en assurer l'exactitude.

5.2 Déroulement

Au cours de cette phase de la recherche, les travaux se sont déroulés de la même façon dans tous les groupes-cibles, quelle que soit la langue parlée (le français ou l'anglais). Dès leur entrée dans la salle, les participants devaient répondre au questionnaire sur les conditions de travail. Ils devaient d'abord remplir la section II du questionnaire, puis la section I. Cette méthode avait pour but de minimiser l'influence des discussions subséquentes sur les participants. Une fois remplis, les questionnaires étaient placés dans des enveloppes scellées afin d'assurer l'anonymat des participants. Par la suite, on présentait le modérateur et la secrétaire, et on fournissait aux participants une brève explication de l'étude. On entreprenait ensuite la discussion sur les sujets décrits dans le guide du modérateur
et on demandait aux participants de faire part de leurs points de vue et de leurs opinions en toute franchise. On les assurait que les renseignements communiqués resteraient confidentiels. Les travaux de chaque groupes duraient trois heures, et on permettait aux participants d'émettrre un dernier commentaire à la fin de la séance.

5.3 Résultats

Les renseignements recueillis auprès des groupes-cibles ont été analysés, sujet par sujet, compte tenu de l'ordre des variables décrit dans le tableau 1 et du questionnaire du présent rapport. En outre, on a effectué un examen exhaustif des solutions proposées.

5.3.1 Facteurs touchant la satisfaction des employés

La majorité des participants des groupes-cibles ont fait part de leur grande insatisfaction à l'égard de la situation actuelle des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick. Dans l'ensemble, ils disaient qu'ils aimaient leur profession, mais qu'ils ne l'auraient pas choisie "s'ils avaient su ce qu'ils savent maintenant". La plupart des participants ont convenu qu'ils hésiteraient à recommander cette profession à des jeunes qui leur demanderaient leur avis. Les participants estimaient qu'à moins de changements draconniens, très peu de nouveaux candidats seront tentés de choisir cette profession, et qu'il serait de plus en plus difficile de persuader les infirmières et les infirmiers travaillant actuellement dans le domaine de ne pas changer de profession. Comme l'un des groupes de participants l'a indiqué : "Dans la situation actuelle, les conditions de travail des infirmières et des infirmiers sont telles qu'il est impossible d'attirer des candidats de qualité ou de persuader ceux qui pratiquent actuellement leur profession de continuer à le faire."

Une minorité de participants ont souligné qu'ils inciteraient d'autres candidats à choisir cette profession, même dans les circonstances actuelles ; toutefois, ils ont affirmé qu'ils encourageraient les futurs infirmiers à suivre un programme de baccalauréat, de sorte à jouir d'une plus grande liberté dans leur profession.

5.3.1 (suite)

La présente introduction donne une vue d'ensemble des sentiments exprimés par les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick à l'égard de leur situation professionnelle. On a réalisé des analyses plus poussées en ce qui concerne les facteurs touchant la satisfaction des employés. Ces résultats sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

Réalisations

Les réalisations sont définies comme étant l'atteinte d'objectifs personnels dans le milieu de travail. En ce qui concerne ce facteur, les participants des groupes-cibles indiquaient que leur premier objectif personnel était la prestation de soins de qualité à leurs patients et l'enseignement psycho-social ; mais la majorité des participants estimaient que ce but était relativement difficile à atteindre. Cette situation était le plus souvent soulevée par les participants provenant des grands hôpitaux. Les infirmières et les infirmiers croient que, à cause de charges de travail excessives, il leur est impossible de passer suffisamment de temps avec les patients et de leur fournir, par conséquent, des soins appropriés. Comme l'a fait remarquer l'un des participants : "On a appris à l'école que le soin des patients pouvait être très satisfaisant ; en réalité, l'impossibilité de fournir ces soins a constitué tout un choc." Les participants ont insisté sur l'importance des réalisations personnelles dans

5.3.1 (suite)

le cadre de leur travail, mais ils ont aussi manifesté leur insatisfaction profonde à l'égard des conditions qui les empêchaient de vivre cette expérience.

Un certain nombre d'infirmières et d'infirmiers oeuvrant dans des secteurs autres que les hôpitaux ont soulevé des exceptions quant à leur évaluation des réalisations personnelles. Ces participants estimaient qu'à cause de la structure de leur établissement, ils consacraient davantage de temps aux patients et en tiraient un sens de réalisation plus grand que le personnel des hôpitaux.

Reconnaissance

Pour les fins de la présente étude, la reconnaissance est définie comme la manifestation de l'approbation des administrateurs et des collègues à l'égard de la qualité des soins fournis et de l'exécution efficace des tâches. Parmi les facteurs en cause, soulignons l'évaluation de la performance, les récompenses et les réprimandes. Les participants interrogés quant à l'importance de cette variable ont fourni diverses réponses ; toutefois, à quelques exceptions près, les participants estimaient que les patients, les collègues et, jusqu'à un certain point, les infirmières en chef étaient les sources de la plupart des réactions positives à leur travail.

5.3.1 (suite)

Les infirmières et infirmiers des hôpitaux ont mentionné que leur performance était rarement évaluée. Certains d'entre eux, en 15 ans d'expérience, n'avaient jamais fait l'objet d'une évaluation. Dans le groupe composé d'infirmiers oeuvrant en milieu hospitalier, on s'entendait pour dire que ces évaluations étaient inutiles et qu'elles ne servaient qu'à examiner les fautes, ce qui rendait l'exercise totalement négatif. La majorité de ces infirmières et de ces infirmiers estimaient que l'évaluation de leur performance ne leur donnait que peu de reconnaissance.

On n'a relevé aucune tendance constante parmi les infirmières et les infirmiers des foyers de soins. Certains participants avaient été soumis à des évaluations régulières, tandis que d'autres n'avaient jamais participé à ce processus ; toutefois, leur jugement de l'utilité de cet exercice était semblable à celui de leurs collègues des milieux hospitaliers.

Les participants travaillant dans le domaine de la santé communautaire étaient soumis à une évaluation annuelle, mais la plupart croyaient que ce mécanisme n'était pas adéquat.

Les points négatifs soulevés par la plupart des infirmières et des infirmiers des trois groupes (hôpitaux, foyers de soins et santé communautaire) au sujet de l'évaluation de la performance comprenaient l'insatisfaction face à

5.3.1 (suite)
l'irrégularité de l'exercice, les limites des outils de travail, le recours à une seule mesure pour évaluer le travail de tous les employés et l'absence d'évaluation personnelle de la part de l'infirmière en chef.

En vue d'améliorer ce procesus, les infirmières et les infirmiers proposaient une évaluation régulière assortie d'un rapport écrit ; cet exercice devrait comprendre des entrevues personnelles avec l'infirmière en chef au cours desquelles seraient discutés les problèmes de chacun des employés et les aspects positifs de son travail.

Prise de décisions

La prise de décisions fait référence aux possibilités qu'ont les infirmières et les infirmiers de donner leur avis sur le traitement des patients et l'exploitation de l'établissement. Les participants des groupes-cibles ont fourni très peu de données à ce sujet, mais les commentaires qu'ils ont émis quant aux autres variables de l'étude reflétaient leur niveau de satisfaction à cet égard. Parmi les infirmières et les infirmiers qui ont parlé précisément de la prise de décisions, la plupart croyaient qu'ils n'étaient pas suffisamment consultés quant aux soins donnés aux patients et à l'exploitation de l'établissement. Étant donné que maintes décisions touchent directement ou indirectement les infirmières et les infirmiers dans leur

5.3.1 (suite)

travail, ceux-ci estiment qu'on devrait leur demander leur opinion ; toutefois, dans la majorité des cas, aucun mécanisme de consultation n'est en place. On a noté que l'absence de communication entre les infirmières et infirmiers, le personnel surveillant et l'administration était l'un des obstacles majeurs à la participation des infirmières et des infirmiers au processus de la prise de décisions.

Utilisation des connaissances et des aptitudes

On peut définir ce facteur comme étant la possibilité d'échanger des connaissances et des aptitudes avec les collègues. Les infirmières et les infirmiers des groupes-cibles estimaient. qu'ils avaient certaines occasions de partager des connaissances avec leurs collègues ; cependant, les membres du personnel surveillant des hôpitaux et des foyers de soins encouragaient fort peu cette pratique. Selon les participants, le manque de temps constitue le plus grand obtacle à la consultation. Comme l'exprimait une infirmière des soins intensifs : "Nous avons rarement le temps de faire tout notre travail ; nous n'avons vraiment pas le temps de "partager" avec les collègues." Tous les participants estimaient que le partage des connaissances était important, mais il semble que seul les travailleurs de la santé communautaire peuvent se permettre de le faire et sont encouragés à le faire.

5.3.1 (suite)

Occasions d'étude

La littérature indique que la possibilité de prendre part à des programmes éducatifs avec l'aide de l'établissement (par l'entremise de l'octroi de temps libre, de mises en disponibilité et de remaniement des horaires) est un facteur relativement important de la satisfaction des infirmières et des infirmiers. Les participants interrogés à ce sujet ont fourni toute une gamme de renseignements. Les travailleurs des milieux hospitaliers différaient grandement d'opinion quant à l'évaluation des occasions qui s'offraient à eux et du soutien dont ils pouvaient bénéficier dans la poursuite de leurs études. Bon nombre d'entre eux estimaient qu'il était difficile de suivre des cours tout en travaillant selon des quarts rotatifs, en particulier lorsqu'il était impossible de remanier les horaires. Pour ces participants, les responsabilités de la concordance des horaires, du financement et de la participation aux programmes éducatifs étaient laissées à l'infirmière ou à l'infirmier. La direction de l'établissement n'accordait à ses employés qu'un soutien minime.

Les employés des foyers de soins ont donné très peu de renseignements à cet égard ; toutefois, ceux qui ont répondu aux questions ont noté que leur établissement leur accordait un très grand soutien dans la poursuite de leur éducation, et leur permettait de bénéficier de congés et d'aide financière.

5.3.1 (suite)

Les employés de la santé communautaire vivent une situation très semblable à celle de leurs collègues des foyers de soins en ce qui concerne les possibilités d'étude.

Promotions

Les promotions préoccupent énormément les infirmières et les infirmiers. La majorité des participants des groupes-cibles, sans égard à leur secteur d'emploi (hôpitaux, foyers de soins ou santé communautaire), ont manifesté un fort niveau d'insatisfaction quant aux possibilités de promotion actuelles. Selon les participants, il est peu probable qu'une infirmière puisse obtenir une promotion à moins de satisfaire à l'un ou à plusieurs des critères suivants : 1) l'ancienneté, 2) un baccalauréat ou une maîtrise en soins infirmiers, et 3) le bilinguisme. De nombreux participants estimaient que ces critères n'étaient pas équitables et qu'ils provoquaient le ressentiment des infirmières et des infirmiers qui ne pouvaient s'y conformer. Comme l'un des représentants des hôpitaux l'indiquait : "Face à des exigences de ce genre et à la nécessité des promotions, beaucoup de travailleurs se sentent prisonniers, puisqu'ils ne peuvent progresser dans leur profession."

Traitements

La variable des traitements est définie comme étant la rétribution financière reçue en contrepartie du travail effectué. La majorité

5.3.1 (suite)

des participants interrogés estimaient que leur salaire ne correspondait pas aux responsabilités que comporte leur travail. Ils croyaient être en droit d'attendre de meilleurs avantages comme des traitements majorés pour les employés travaillant au cours de périodes indésirables, des programmes de rentes améliorés et des congés de maternité prolongés ; ces conditions devraient être offertes aux employés à temps partiel et à temps plein. Les groupes-cibles faisaient état d'une grande insatisfaction quant aux niveaux de salaire, mais les participants soutenaient, presque à l'unanimité, que de meilleures conditions de travail étaient beaucoup plus importantes à leurs yeux qu'une augmentation des traitements.

Charge de travail

On a défini la charge de travail comme étant le point auquel les exigences de la tâche étaient soit excessives, soit insuffisantes. La plupart des infirmières et des infirmiers estimaient qu'ils travaillaient trop, à un point tel qu'ils étaient souvent incapables d'offrir des soins de qualité à leurs patients. Ces participants croyaient que l'accroissement des charges de travail, l'exécution d'activités incompatibles avec le soin des patients et l'accumulation du travail de paperasserie contribuaient tous à l'augmentation des exigences imposées aux infirmières et aux infirmiers. Outre les demandes croissantes placées sur la pratique de nursing, on note que parfois les établissements

5.3.1 (suite)

manquent d'infirmiers pour répondre adéquatement à leurs besoins. Par conséquent, les employés doivent accomplir une somme disproportionnée de travail.

Horaires

Aux fins de la présente étude, l'établissement des horaires signifie la sélection préférentielle des périodes et des quarts de travail ainsi que l'effet de cette flexibilité sur un effectif de personnel adéquat. Les renseignements recueillis auprès des participants des groupes-cibles variaient de façon marquée à ce sujet ; leur avis était fortement tributaire des situations propres à chacun des milieux. Toutefois, on a noté un consensus important sur un point. La plupart des participants mentionnaient qu'ils s'inquiétaient du fait que l'élaboration des horaires se faisait sans leur concours. En conséquence de cette absence de collaboration, les participants estimaient que leurs besoins personnels et professionnels n'étaient pas pris en considération dans l'élaboration des horaires. Dans les cas où les infirmières et les infirmiers avaient la possibilité de recourir à des options ou à des horaires flexibles, ils manifestaient un moins fort degré d'insatisfaction que leurs collègues soumis à une plus grande rigidité.

5.3.1 (suite)

En vue d'améliorer cette situation, les participants proposaient l'adoption d'un mécanisme d'élaboration des horaires qui permettrait aux personnes directement touchées d'avoir leur mot à dire.

Tâches et taille des unités

Les tâches et la taille des unités font référence à l'échelle opérationnelle de l'établissement, à la disponibilité de matériel moderne, à l'importance de l'établissement par rapport aux besoins de la collectivité et à l'accessibilité de l'emplacement. La plupart des participants des groupes-cibles estimaient que leur établissement était en général satisfaisant. Les insatisfaits attribuaient les problèmes à la surpopulation, à la mauvaise répartition des patients à l'intérieur des unités et à l'insuffisance de la formation pour l'utilisation du nouveau matériel. Comme ces participants l'ont indiqué, il arrive souvent, dans certains secteurs, de voir des patients laissés sur des civières dans les couloirs parce que toutes les chambres sont occupées. Cette situation, de l'avis des infirmières et des infirmiers, est dangereuse pour la santé des patients et provoque un stress indu chez le personnel.

La majorité des personnes interogées estiment que l'administration devrait leur demander leur avis lors de la planification de rénovations ou de changements. Elle recueillerait alors des

5.3.1 (suite)

renseignements qui seraient bénéfiques aux employés et aux patients.

Communications liées à l'emploi

Les communications liées à l'emploi désignent l'interaction entre les infirmières et les infirmiers, leurs pairs, l'administration et les médecins. À ce sujet, les réponses des participants des groupes-cibles indiquaient la plupart du temps que la qualité des relations dépendait des individus en cause. La plupart des infirmières et des infirmiers estimaient que leurs relations avec leurs collègues étaient productives et donnaient lieu à un bon niveau de soutien. Les infirmières et les infirmiers croyaient généralement que les gestionnaires n'étaient pas assez au courant de la situation dans la plupart des cas, même si leurs efforts de communication sont louables. Les relations des infirmières et des infirmiers avec les médecins et les autres professionnels de la santé faisaient l'objet d'évaluations fort divergentes ; toutefois, la plupart des participants estimaient que ces personnes ne respectent pas comme il se doit la profession infirmière, ce qui provoque parfois des tensions entre les deux groupes.

Responsabilités familiales

Aux fins de la présente étude, le critère des responsabilités familiales fait référence à la

5.3.1 (suite)

volonté de la part des dirigeants de l'établissement de tenir compte des exigences et des besoins personnels et familiaux de leurs employés.

La majorité des participants des groupes-cibles estimaient que leur vie personnelle et familiale entrait souvent en conflit avec leurs obligations professionnelles. À cause des horaires rotatifs, les infirmières et les infirmiers croient qu'il est difficile de satisfaire aux obligations familiales et sociales.

Les infirmières et les infirmiers qui ont de jeunes enfants ont indiqué qu'ils avaient beaucoup de difficultés à trouver des services de garderie qui pouvaient satisfaire aux exigences qu'imposent leurs quarts de travail.

La plupart des participants convenaient que des horaires plus flexibles amélioreraient leur situation.

5.3.2 Solutions possibles

On a décrit, au bénéfice des participants des groupes-cibles, les diverses approches innovatrices en matière de dotation, les mesures de soutien en milieu de travail, les mécanismes de participation à la prise de décisions, les méthodes de communication, les moyens d'accorder aux infirmières et aux infirmiers une plus grande autonomie, les occasions de promotion et

5.3.2 (suite)

les programmes de formation de base (voir l'annexe E) qui ont été proposés dans divers établissements afin d'améliorer la qualité des conditions de travail. La majorité des participants ont mentionné qu'ils étaient favorables à la plupart des solutions proposées.

On a laissé entendre que le partage des postes était essentiel pour les infirmières et les infirmiers. Cette approche permet au personnel de jouir d'une meilleure flexibilité sans pour autant enregistrer une perte de salaire ou d'avantages sociaux. Le partage des postes éviterait aux infirmières et aux infirmiers qui ne peuvent travailler à temps plein mais qui désire continuer à travailler de ne pas terminer leur emploi.

La plupart des participants estimaient que le plan Baylor offre beaucoup de possibilités ; toutefois il s'agit, selon eux, d'une solution idéaliste et trop globale aux problèmes d'horaires, étant donné la situation actuelle.

On pense que le temps supplémentaire accordé à ceux qui prennent des vacances en hiver constitue une mesure très positive. Les infirmières et les infirmiers estiment que cette approche peut atténuer l'insatisfaction actuelle quant à la planification des vacances.

5.3.2 (suite)

Le programme des soins primaires a reçu peu de soutien ; les participants estimaient que la carence actuelle d'infirmières et d'infirmiers rend cette solution peu réalisable.

La notion du programme d'échelons cliniques a presque fait l'unanimité parce qu'il facilite les promotions, un sujet de grande importance pour les infirmières et les infirmiers.

Le processus de sélection axé sur les unités et les descriptions de tâches a recueilli un certain degré de soutien ; toutefois on pensait généralement qu'il peut faire perdre à certains employés leur seule façon de s'en sortir, soit l'ancienneté.

Les notions de communication, de disponibilité d'une personne-ressource, de contacts amicaux avec l'administration, de programmes d'échange, de cours de gestion, de formation à la prise de décisions, d'ateliers de gestion du stress, de services de garderie permanents, de congés de maternité prolongés, de congés sabbatiques et de systèmes de classement des patients ont toutes reçu un appui favorable, car elles pouvaient réduire l'insatisfaction des employés d'une façon ou d'une autre.

L'une des suggestions le plus souvent émise par les infirmières et les infirmiers avait trait aux relations avec l'administration et les gestionnaires. La majorité des participants estimaient que les gestionnaires des niveaux

5.3.2 (suite)

supérieur et intermédaire devraient davantage s'intéresser au point de vue des infirmières et des infirmiers en tentant de comprendre leurs besoins et de prendre en considération leurs suggestions au sujet des soins fournis aux patients, du rôle de l'hôpital et de leurs propres horaires.

6. ENTREVUES

6.1 Méthode

6.1.1 Sujets

Les 51 participants à cette phase de la recherche comprenaient des infirmières en chef, des surveillants de départements de soins infirmiers, des directeurs des soins infirmiers, des gestionnaires et des représentants des syndicats et des associations. Les gestionnaires des établissements et des départements ont été choisis au hasard dans chaque région. Les noms des représentants des syndicats et des associations de chaque région ont été fournis par le SIINB et l'AIINB. Chacun des participants a été interviewé en personne.

6.1.2 Matériel

Le matériel utilisé pour cette phase de la recherche consistait en un guide d'entrevue. Celui-ci contenait 34 questions portant sur les réalisations, la reconnaissance, la prise de décisions, l'utilisation des connaissances et des aptitudes, les occasions d'étude, les promotions, les traitements, la charge de travail, les horaires, les tâches et la taille des unités, les communications liées à l'emploi et les responsabilités familiales.

6.1.3 Déroulement

On a communiqué par téléphone avec les participants et on leur a fixé rendez-vous pour une entrevue. Au moment de la rencontre, l'interviewer expliquait brièvement la nature et le but de l'étude et soumettait au participant les questions contenues dans le guide.

Dans tous les cas, on assurait au participant que ses réponses resteraient confidentielles.

6.2 Résultats

6.2.1 Reconnaissance des problèmes

Les renseignements recueillis au cours des entrevues individuelles indiquent que la majorité des participants estimaient que les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick ne sont pas satisfaits de la qualité de leurs conditions de travail. Cette conclusion était constante dans tous les groupes interrogés ; seuls ceux qui n'étaient pas directement concernés par les soins infirmiers ne partageaient pas cette opinion. Les infirmières et les infirmiers des foyers de soins ou du secteur de la santé communautaire faisaient état d'une insatisfaction moins grande que leurs collègues des hôpitaux, mais aucun de ces groupes n'était à l'abri des facteurs qui contribuent à l'insatisfaction des employés.

6.2.1 (suite)

La connaissance des facteurs principaux contribuant à l'insatisfaction des employés

On a identifié une gamme de facteurs contribuant à l'insatisfaction des infirmières et des infirmiers ; toutefois, la charge de travail, la reconnaissance et les horaires étaient les critères principaux de l'évaluation de la qualité des conditions de travail.

La majorité des participants soutenaient qu'une augmentation des charges de travail et qu'une diminution des effectifs créaient des conditions pratiquement insupportables pour plusieurs infirmières et infirmiers.

Même si les employés de soutien tentent d'alléger la charge de travail des infirmières et des infirmiers, ces derniers ne peuvent toujours pas combler adéquatement les besoins émotifs et physiques des nombreux patients dont ils sont responsables.

La reconnaissance est aussi un des facteurs de préoccupations identifié par les infirmières et les infirmiers. Comme on l'a déjà mentionné, il est rare que l'on reconnaisse un bon travail, mais les erreurs sont toujours suivies d'une réprimande. La plupart des participants estimaient que cette situation crée un sentiment de dévaluation qui a un effet sur la performance des infirmières et des infirmiers.

6.2.1 (suite)

La majorité des personnes interrogées soulignaient que les infirmières et les infirmiers doivent souvent se plier à des horaires conçus par l'administration et qui tiennent pas compte des besoins personnels des employés. L'absence de participation à l'établissement des horaires, les quarts et les rotations irrégulières ont un effet négatif sur le moral des infirmières et des infirmiers.

6.2.2 Solutions proposées

On a exposé aux participants un certain nombre de solutions possibles ; la majorité d'entre eux ont souligné que les programmes suivants étaient intéressants :

- Le plan Baylor
- Le partage des postes
- Les vacances en hiver
- Les échelons cliniques
- Les sondages d'opinion
- Les communications horizontales et verticales
- Les programmes d'échange
- Les programmes de garderie

Les infirmières et les infirmiers croyaient que ces programmes pouvaient amélicrer la qualité de leurs conditions de travail. Toutefois, les participants soulignaient que le succès de toute approche dépend de sa possibilité d'adaptation aux besoins particuliers du milieu dans lequel elle est mise en oeuvre. Parmi les autres solutions proposées, notons le paiement des

6.2.2 (suite)

congés de maladie non utilisés, les rajustements de rentes et la décentralisation de l'établissement des horaires.

Il importe particulièrement de faire état des remarques des gestionnaires concernant leurs problèmes et leurs besoins propres. Ces derniers s'inquiètent de leur modeste participation à la gestion globale de l'établissement ou de l'organisme, que ce soit à titre de membres de l'administration exécutive ou par l'entremise d'un contact direct avec le conseil d'administration. En outre, ils reconnaissent qu'ils ont besoin d'une meilleure formation en gestion.

6.2.3 Possibilités de mise en oeuvre

La majorité des participants indiquaient que les solutions décrites avaient toutes leurs mérites. Toutefois, celles qui modifiaient les méthodes d'affectation du personnel (comme le prolongement des congés de maternité et les congés sabbatiques) étaient perçues comme étant difficilement applicables à l'heure actuelle. Étant donné la carence d'infirmières et d'infirmiers, les programmes de congés prolongés sont pratiquement impossibles à mettre en oeuvre. En fait, il est difficile de remplacer le personnel actuel.

Dans la plupart des cas, on jugeait que tous les autres programmes étaient réalisables.

6.2.3 (suite)

On estimait que pour être efficace, un programme doit combler les besoins d'un établissement ou d'un organisme donné.

La majorité des personnes interrogées étaient d'avis qu'il était important de mettre en oeuvre des changements qui améliorent les conditions de travail des infirmières et des infirmiers. Toutefois, les participants n'ont pas fait la preuve de leur volonté de prendre l'initiative de ces améliorations. Ce qui nous préoccupe le plus, c'est le fait que les gestionnaires ne semblent pas vouloir s'engager davantage dans la voie du changement que les personnes moins directement concernées.

6.3 Méthode

6.3.1 Sujets

Outre les entrevues individuelles avec les infirmières et les infirmiers et les administrateurs, on a organisé des rencontres avec les représentants de huit organisations qui s'intéressent au domaine des soins infirmiers ; en voici la liste :

- Le président et directeur administratif du Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Le président et le directeur administratif de l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick

6.3 (suite)

- Le président de l'Association des infirmières et des infirmiers gestionnaires
- Le président, les membres du conseil d'administration et le directeur administratif de l'Association des aides-infirmiers professionnels du Nouveau-Brunswick
- Le personnel dirigeant de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick
- Les membres de la faculté de nursing d'une université et d'une école
- Les négociateurs du Conseil de gestion responsables des conventions collectives des infirmières et des infirmiers
- Des experts-conseils et des membres du personnel qualifiés en soins infirmiers et oeuvrant au sein du ministère de la Santé et des Services communautaires.

6.3.2 Matériel et déroulement

Le matériel et le déroulement de cette phase de la recherche étaient identiques à ceux des entrevues individuelles.

6.3.3 Résultats

Les avis du Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick et de l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick ont été communiqués au moyen de documents et dans le cadre de discussions basées sur le contenu de ceux-ci. Ils sont joints au présent rapport (voir les annexes F et G). Il est encourageant de

6.3.3 (suite)

constater que la description des problèmes et les recommandations provenant de ces groupes se ressemblent beaucoup. En outre, ces données correspondaient en général aux conclusions des autres participants. Le niveau de préoccupation et la volonté de participer aux changements sont remarquables chez les deux organismes représentant les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Les autres participants ont formulé toute une gamme d'observations qui soutiennent les avis des infirmières et des infirmiers. Ces commentaires ont été regroupés en sept catégories, comme suit :

Reconnaissance

- On reconnait peu les capacités des infirmières et des infirmiers
- On comprend peu et on soutient peu les rôles multiples que doivent assumer les infirmières et les infirmiers qui ont des responsabilités familiales.

Gestion

- L'approche des gestionnaires doit être révisée
- Les gestionnaires ne sont pas prêts à prendre l'initiative
- Les gestionnaires ne connaissent pas leurs employés et ignorent le stress auquel ils doivent faire face

6.3.3 (suite)

- Les gestionnaires ne réagissent pas assez rapidement en vue d'éviter les problèmes relatifs aux carences de personnel
- Les changements doivent venir de l'intérieur et être dirigés directement par l'administration
- Il est difficile pour les simples infirmières occupant un poste de gestion de faire preuve de leadership auprès de leurs collègues possédant un baccalauréat
- Les infirmières en chef sont en situation de conflit ; elles fournissent des soins directs et elles sont des gestionnaires en plus de faire partie du même syndicat que leurs employés.

Éducation

- L'absence d'infirmières et d'infirmiers suffisamment compétents est plus grave que la carence de personnel
- Les infirmières et les infirmiers doivent être éduqués pour être en mesure de déléguer efficacement les tâches
- Les programmes du diplôme et de la certification de base ne sont pas adéquats.

Charge de travail

- Les infirmières et les infirmiers sont surutilisés
- Les taux d'occupation des hôpitaux dépassent 85 pour cent, soit le niveau de référence

6.3.3 (suite)

relatif aux normes d'affectation du personnel infirmier

- On n'a pas changé les normes d'affectation du personnel infirmier par rapport au profil des patients depuis 1979
- Un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers inexpérimentés doivent assumer trop tôt des responsabilités qui les dépassent
- On doit de mettre en oeuvre des outils d'évaluation de la charge de travail
- Les patients se plaignent souvent de l'absence de soins personnels adéquats, sans qu'il s'agisse précisement des soins infirmiers.

Compensation

- À l'heure actuelle, les mesures incitatives et les récompenses visent à éloigner les employés des soins infirmiers dispensés directement aux patients
- Les compensations financières ne règleront pas seules le problème.

Installations physiques

- Très souvent, les infirmières et les infirmiers n'ont pas de lieu de détente
- Les infirmières en chef devraient avoir des bureaux.

Généralités

- Les conflits entre l'Association et le Syndicat au sujet de questions précises font

6.3.3 (suite)

obstacle au travail des deux organismes représentatifs

. Les infirmières et les infirmiers de tous les niveaux se sentent laissés pour compte

. Les facteurs qui ont une incidence sur la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers ont aussi des effets sur les autres membres du personnel qui s'occupent des services de santé

. Les négociations contractuelles des infirmières et des infirmiers devraient adopter un style innovateur comprenant un mécanisme de résolution des problèmes conjoints et la participation active des gestionnaires.

7. CONCLUSIONS

7.1 Milieu de travail

Le taux de satisfaction des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick est généralement élevé et il n'est pas nécessaire d'adopter des mesures draconiennes pour changer la situation ; toutefois, il ne serait pas juste de dire que le milieu de travail ne doit pas être amélioré. Il est heureux de constater que les nombreuses difficultés des infirmières et des infirmiers ne se soient pas traduites, jusqu'à maintenant, par une manifestation de leur insatisfaction face à leur travail. Il ne serait pas sage, toutefois, de présumer que cette situation durera.

En d'autres termes, le milieu de travail des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick n'est pas malsain, mais il n'est pas aussi agréable qu'il pourrait ou qu'il devrait l'être.

De point de vue quantitatif, comme nous l'avons évalué dans le cadre du sondage postal réalisé au cours de notre recherche, les problèmes ne sont pas incommensurables. Toutefois, l'impression qualitative tirée des rencontres avec les groupes-cibles permet de croire que la satisfaction des employés se détériorera si l'on ne s'emploit pas à créer de meilleurs environnements de travail.

Étant donné que l'insatisfaction est une des raisons les plus souvent invoquée par les employés démissionnaires, le roulement de personnel peut être

7.1 (suite)
réduit par l'amélioration des conditions de travail qui causent ce mécontentement (Weisman, 1982).

En conséquence, on propose d'adopter une approche préventive qui renversera cette dégradation de la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers et qui suscitera des améliorations quantifiables.

7.2 Priorités en matière d'améliorations

Prises dans leur ensemble, nos conclusions indiquent que trois facteurs sont au centre des préoccupations des infirmières et des infirmiers de tous les niveaux. Il s'agit de la prise de décisions, de la compensation et de l'établissement des horaires. Même si certaines des recommandations de ce rapport visent d'autres facteurs, la solution des problèmes identifiés à l'égard de ces trois critères devrait avoir le plus d'effet sur la satisfaction des infirmières et des infirmiers.

Il est important de noter que plusieurs tentatives ont été faites dans la province en vue d'améliorer les conditions de travail des infirmières et des infirmiers. On se préoccupe toutefois du fait que, trop souvent, des approches rigides nuisent à la mise en oeuvre de solutions positives, surtout aux plans de la prise de décisions, de l'établissement des horaires et de la possibilités d'étude.

7.3 Participation de la main-d'oeuvre et disponibilité de personnel

Il n'existe aucune carence de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick. Toutefois, peu d'infirmières et d'infirmiers désirent travailler dans les conditions qui prévalent dans certains établissements. Le maintien des approches rigides face au recrutement et à l'établissement des horaires incitera un nombre croissant d'infirmières et d'infirmiers à quitter la profession ou à choisir d'autres lieux de travail, et découragera le personnel inactif de chercher à reprendre du service.

En outre, il faut reconnaître que la main-d'oeuvre infirmière du Nouveau-Brunswick est considérée comme une source de personnel par les services de santé de l'Amérique du Nord. Les mesures incitatives qui sont offertes ailleurs sont extrêmement attrayantes. Cette situation attirera probablement les nouveaux diplômés, mais le réseau de santé provincial ne peut se permettre de négliger le besoin qu'il a de rester concurrentiel. Ces nouveaux diplômés seront nécessairement appelés à remplir les postes vacants au Nouveau-Brunswick.

7.4 Possibilités de changement du réseau

Les attitudes, les connaissances et la flexibilité sont garantes de l'évolution du réseau.

Les attitudes font référence à la perception du rôle des infirmières et des infirmiers, que ce soit à l'intérieur de la profession, parmi les employeurs, chez ceux qui représentent les employés ou chez les personnes qui entrent en contact avec eux.

7.4 (suite)

La flexibilité reflète le point auquel les membres de la profession, les organismes qui les représentent et leurs employeurs sont prêts à reconnaître que beaucoup d'infirmières et d'infirmiers doivent atteindre un équilibre entre leur famille, leur profession et leurs responsabilités éducatives tout au long de leur carrière.

Les connaissances sont essentielles à l'évolution et à l'identification des approches qui pourraient avoir un effet positif sur la mise en oeuvre des changements proposés.

À un niveau plus stratégique, celui du gouvernement provincial, on doit souligner que le ministre de la Santé et des Services communautaires a reconnu l'importance des ressources infirmières en mettant sur pied le Comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière. La décision du ministre, en réaction à une recommandation du Comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière, de commander la présente étude prouve qu'il existe une volonté de répondre à la nécessité d'améliorer les conditions de travail des infirmières et des infirmiers.

L'intérêt qu'ont démontré les personnes et les organismes qui ont pris part au projet permet de croire qu'il existe une volonté de mettre en oeuvre les changements nécessaires ; en outre, les participants avaient une bonne idée des nombreuses améliorations qui devraient être apportées aux conditions de travail des infirmières et des infirmiers.

7.4 (suite)

Parmi les conclusions intéressantes de la présente étude, on note le consensus qui règne parmi les organismes importants (l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick et le Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick) au sujet de l'importance de la "professionnalisation" et de la gestion des soins infirmiers. Les mémoires du Syndicat (Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick) et de l'Association (Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick), qui sont joints au présent rapport, se distinguent par leur degré de consensus, plutôt que par les différends qui les mettent en conflit.

L'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick peut avoir une grande influence sur les attitudes et les connaissances des membres des conseils d'administration et des administrateurs ; selon le personnel de cette association, celle-ci est prête à aider les hôpitaux à mettre en oeuvre ce processus de changement.

8. RECOMMANDATIONS

8.1 Recommandation n° 1 - Prise de décisions

On recommande :

Que l'on encourage l'adoption de méthodes de gestion décentralisées favorisant la participation des infirmières et des infirmiers à tous les niveaux de prise de décisions touchant leur travail.

Il est impossible pour la plupart des infirmières et des infirmiers d'acquérir une certaine autonomie fonctionnelle dans la prise de décisions touchant leur travail (Attridge et al., 1987, p. 36). Dans la plupart des organismes de santé du Nouveau-Brunswick, comme c'est le cas ailleurs, les infirmières et les infirmiers ont peu à dire dans les décisions importantes touchant les lignes de conduites de leur établissement, comme la mise en oeuvre de nouveaux services et la planification d'unités ou de programmes qui pourraient avoir un effet direct sur leur travail. Dans certains établissements, les infirmières et les infirmiers ne participent même pas directement au processus de sélection du directeur des soins infirmiers et ne sont pas représentés aux réunions du conseil d'administration. "Les infirmières, les infirmiers et la profession ont le potentiel et la volonté nécessaires pour prendre part à la solution du problème de la prestation de soins de santé économiques" (AARN, 1988, p. iv). Ils peuvent constituer une ressource inestimable pour la direction. Les infirmières et les infirmiers en quête de professionnalisme recherchent une meilleure autonomie et la possibilité d'assumer de plus grandes

8.1 (suite)

responsabilités (Allen et al., 1988) ; les membres de la profession veulent des moyens d'accroître leur indépendance (Peterson, 1983).

En vue de régler le problème de l'insatisfaction des infirmières et des infirmiers quant au degré de contrôle qu'ils exercent sur leurs conditions de travail, on doit repenser la nature fondamentale du travail infirmier et des relations traditionnelles employés/employeurs entre les organisimes de santé et les infirmières et infirmiers. On devra effectuer des changements précis aux structures de bon nombre de ces organismes. Si cela n'est pas fait, ceux-ci ne tireront pas totalement profit de la contribution des employés du secteur infirmier, et la qualité des soins fournis aux patients n'atteindra pas le niveau escompté.

Certains modèles conceptuels et théoriques sont apparus comme étant tout particulièrement adaptés à la gestion des soins infirmiers. Toutefois, les auteurs suggèrent de plus en plus la décentralisation, la participation à la gestion et le partage de la prise de décisions comme moyens d'améliorer la performance des organismes et de faire concorder les pratiques professionnelles des infirmières et des infirmiers aux objectifs de leur milieu de travail (Allen et al., 1988 ; Shoemaker et al., 1983 ; Smith, 1988). De l'avis de certains experts (Weisman, 1982), de tels modèles donneraient un meilleur contrôle et une autonomie accrue aux infirmières et aux infirmiers et les rendraient plus satisfaits de leur milieu de travail (Allen et al., 1988 ; Shoemaker et al., 1983).

8.1 (suite)

Plusieurs raisons militent en faveur de la décentralisation de l'autorité dans les organismes de santé. Shoemaker et ses collègues (1983) laissent entendre que la décentralisation rend l'organisation plus démocratique et permet au personnel de partager l'autorité des gestionnaires. Cette réorganisation reçoit l'appui des dirigeants de syndicats et d'administrateurs d'hôpitaux progressifs, qui sont eux-mêmes soumis aux pressions des groupes de consommateurs et des gouvernements. Les auteurs estiment que la décentralisation améliore la qualité des décisions des gestionnaires et peut avoir un effet positif sur la performance financière des établissements.

Elle peut aussi réduire l'absentéisme de façon significative et améliorer la productivité (Andrew et al., 1983). La gestion participative améliore aussi les communications et la confiance ainsi que la délégation, vers le bas, de responsabilité et d'autorité face aux actions administratives (Peterson, 1983).

Dans une organisation fortement centralisée, la plupart des pouvoirs relatifs à la prise de décisions sont confiés à l'administrateur en chef ; par contre, la décentralisation provoque la délégation de l'autorité, des responsabilités et de la prise des décisions aux autres membres de l'organisme (Shoemaker et al, 1983). Dans un système décentralisé, la prise de décisions est répartie à tous les échelons de l'organisme. Le fait pour les administrateurs de prendre la plupart des décisions dans le modèle centralisé suscite la passivité des infirmières et des infirmiers et leur manque d'enthousiasme au travail.

8.1 (suite)

Afin de favoriser la décentralisation, on devrait adopter les mesures suivantes :

1. Inciter les employés à participer activement à la prise de décisions les concernant et à adapter leur milieu de travail selon leurs besoins et ceux de leur clientèle.

2. Améliorer la confiance entre les gestionnaires et le personnel, et faire comprendre aux employés que leur engagement peut faire évoluer la situation.

3. Inciter les employés à faire preuve de créativité, à tenter des expériences et à prendre des risques dans leur unité (Kramer et al., 1988).

4. Fournir à l'infirmière en chef ou au gestionnaire de l'unité toute une gamme de contrôles qui lui permettraient d'assumer l'entière responsabilité des ressources humaines et financières nécessaires à la prestation des services. Cette initiative devrait être axée sur les critères suivants :

   a) Le profil des patients (le niveau d'activité, l'imminence des décisions à prendre, le niveau de coordination requis et le roulement des patients) ;

   b) Les programmes de soins infirmiers (les objectifs philosophiques et les buts du département) ;

   c) La proximité géographique (la disposition physique, etc.) ;

8.1 (suite)

d) Le profil du gestionnaire (ses aptitudes, son expérience et sa formation) ;

e) Le profil des employés (composition du personnel, niveau de formation et de compétence) ;

f) Le réseau de soutien (les commis, les spécialistes cliniques, les systèmes d'information) ;

g) Les facteurs organisationnels comme la taille et la complexité, le niveau de développement ainsi que les aspects environnementaux (Alidina et al., 1988).

5. Placer les infirmières en chef et les gestionnaires dans une unité de négotiation différente de celles des employés afin de les soustraire au conflit actuel qui résulte de leur adhésion à la même unité syndicale que le personnel qu'ils dirigent.

6. Fixer des buts clairs à l'infirmière en chef ou au gestionnaire ainsi qu'au directeur des soins infirmiers et appuyer les programmes d'éducation permanente qui leur permettent d'améliorer leurs connaissances et leurs aptitudes.

7. Les directeurs des soins infirmiers devraient relever directement du directeur administratif et pouvoir communiquer avec le conseil d'administration.

8. Susciter la participation des infirmières et des infirmiers au processus de planification stratégique de l'organisme.

8.2 Recommandation n° 2 - Charge de travail et rôles

On recommande :

De mettre en oeuvre des méthodes sûres de soins infirmiers axées sur un modèle conceptuel et sur l'évaluation des charges de travail.

On estime généralement que la charge de travail des infirmières et des infirmiers s'est considérablement accrue au cours des dernières années (AHQ, 1988, RNPBC, 1987). Les attentes des employeurs n'ont cessé d'augmenter, à l'instar des tâches des infirmières et infirmiers professionnels. Il semble que les gestionnaires croient que l'on peut toujours en demander avantage aux infirmières et aux infirmiers.

Les dirigeants des hôpitaux ont tendance à affecter les infirmières et les infirmiers à des travaux qui n'ont pas rapport à leurs aptitudes et à leur expérience. Les infirmiers s'inquiètent de ce que les patients ne reçoivent pas les soins nécessaires et, par conséquent, ils ont accepté d'accroître leurs heures et leur charge de travail.

Les infirmières et les infirmiers sont en mesure d'accomplir beaucoup de choses, mais ils ne peuvent tout faire et les gestionnaires ne doivent pas continuer d'accroître leur charge de travail. La fatigue du personnel et le fait qu'il accepte d'accomplir des tâches qui dépassent sa compétence peut

8.2 (suite)

mettre les patients en danger. En outre, les infirmières et les infirmiers ont le droit d'exiger que leur charge de travail soit raisonnable (Herman, S., 1978). Étant donné qu'ils sont juridiquement responsables des soins qu'ils fournissent, il est extrêmement important que les infirmières et les infirmiers aient une charge de travail raisonnable. Il est indispensable de définir précisément les services qu'ils doivent fournir (Peplau, 1988).

La mission et les objectifs des infirmières et des infirmiers doivent être définis plus clairement de sorte qu'ils soient en mesure de refuser d'accomplir des tâches qui ne sont pas de leur ressort sans se sentir coupable. On peut atteindre ce but en adoptant un modèle de soins infirmiers dans tous les établissements de santé, lequel permet aux infirmières et aux infirmiers ainsi qu'aux dirigeants de leur établissement de mieux comprendre les objectifs de la profession, les besoins en matière de soins, les attentes des patients, le rôle et les activités des employés ; ce modèle établit aussi les bases de l'évaluation de la performance des employés. En outre, les présomptions et les valeurs sous-jacentes sont clarifiées par la plupart des modèles de soins infirmiers. Ceux-ci prennent en général racine dans la théorie et dans la pratique clinique (Fitzpatrick et al., 1983, Storch, J., 1987).

Afin de rendre réalisable l'application d'un modèle, on suggère d'adopter les lignes de conduite qui suivent dans chaque unité de soins infirmiers :

8.2 (suite)

1) Élaborer des critères de soins fondés sur le modèle choisi.

2) Préparer des lignes de conduite opérationnelles.

3) Analyser soigneusement les aptitudes et la formation requises pour combler les besoins de soins.

4) Déterminer la compétence des employés qui doivent être affectés aux diverses tâches.

5) Élaborer des lignes de conduite et des mécanismes appropriés.

6) Évaluer les résultats.

L'adoption de charges de travail raisonnables et sûres nécessite en outre l'emploi de méthodes d'évaluation comme GRASP, Medicus ou PRN. De telles méthodes fournissent une base d'affectation du personnel conçue en fonction de l'évolution du profil de la clientèle. Ces mécanismes de définition des besoins de dotation permettent aussi aux infirmières et aux infirmiers d'avoir leur mot à dire, et ils sont suffisamment flexibles pour tenir compte des fluctuations de la santé des patients, de l'évolution de la technologie et des modifications des normes de soins. Ces outils servent aussi à appuyer les demandes d'augmentation du nombre d'employés au moment de l'élaboration des budgets.

8.2 (suite)

Il est important de faire en sorte que les méthodes d'évaluation des charges de travail soient utilisées. Le simple recours à ces outils dans le but d'accumuler des statistiques provoque la frustration des employés qui n'en voient pas l'utilité et qui se rendent compte qu'on n'engage pas de nouveaux employés même si l'évaluation des charges de travail indique que le nombre d'infirmières et d'infirmiers est insuffisant.

8.3 Recommandation nº 3 - Reconnaissance

On recommande :

Que l'on reconnaisse les connaissances et les aptitudes des infirmières et des infirmiers par l'application de la notion des échelons cliniques dans le réseau de santé.

"Pour progresser, il faut avoir des objectifs élevés" (Chenevert, 1985, p. 3). Au cours des entrevues réalisées avec les infirmiers et les gestionnaires, on s'est rendu compte que la plupart des établissements de santé du Nouveau-Brunswick semblent considérer les membres de leur personnel comme étant interchangeables. Il est rare que l'on fasse subir des entrevues aux candidats que l'on engage. Le choix est souvent axée uniquement sur l'ancienneté.

Les diplômés récents qui occupent des postes occasionnels sont souvent affectés sans discernement, selon les besoins. Les infirmières et les infirmiers expérimentés n'ont pas l'occasion d'être promus dans le cadre du système actuel. Ils n'ont ainsi aucune raison de changer de poste ou de vouloir relever des défis

8.3 (suite)

plus complexes. La seule façon de progresser pour une infirmière ou un infirmier dans le réseau de santé du Nouveau-Brunswick consiste à accepter un poste d'administration ou de gestion ou d'aller travailler en santé communautaire, par exemple.

Les occasions de promotion sont rares ; pour les infirmières et les infirmiers qui préféreraient continuer à pratiquer dans les hôpitaux, il n'y a aucune ouverture. Toutefois, on s'attend à ce que les employés les plus expérimentés prennent la direction d'une équipe, travaillent avec les patients les plus récalcitrants et aident les étudiants ou les nouveaux diplômés. En général, ils se plient à ces exigences puisqu'elles leur fournissent une certaine forme de défi et d'exaltation. Toutefois, ils n'en tirent ni compensation financière ni reconnaissance.

L'une des façons d'atteindre l'excellence et de reconnaître le travail des employés consisterait à appliquer la notion d'échelons cliniques dans tout le réseau. Cette notion, qui est utilisée sur une grande échelle et avec beaucoup de succès aux États-Unis (Barhyte, D., 1987, Metcalf et al., 1984, Ives et al., 1975), et qui fait l'objet d'évaluations au Canada (Victoria General Hospital, Halifax, NÉ), fournit des occasions de promotion aux infirmières et aux infirmiers en tenant compte de leur bagage éducatif, de leurs aptitudes et de leur expérience pertinente. Comme l'ont souligné Metcalf et d'autres auteurs (1984), la notion d'échelons cliniques favorise la reconnaissance de la compétence par les pairs, les membres d'autres professions et les gestionnaires. En outre, les employés bénéficient d'avantages comme des

8.3 (suite)
heures de travail plus désirables sur lesquelles ils exercent un certain contrôle, et ils reçoivent une rémunération supplémentaire. Les auteurs estiment que la satisfaction des employés face à ces deux critères est un gage de leur permanence.

Étant donné la tendance actuelle favorisant la spécialisation des soins infirmiers, il semble évident que les membres de la profession devront acquérir des connaissances et des aptitudes. On doit tenir compte du besoin d'accroître l'expérience des infirmières et des infirmiers ; leur niveau de connaissances doit être considéré favorablement par les médecins et les employeurs de sorte à ce que le personnel clinique participe directement aux soins fournis aux patients et donne son appui au travail des employés les moins expérimentés.

Si l'on identifie clairement les rôles, les responsabilités et le niveau d'autorité des infirmières et des infirmiers ainsi que les normes de soins, les employés peuvent franchir plusieurs seuils de compétence et voir leur salaire augmenter en conséquence (plutôt qu'en fonction de l'ancienneté). On reconnait selon des niveaux progressifs les différents degrés d'expérience clinique. Les nouveaux diplômés et les infirmiers retournant au travail après une absence prolongée sont le plus souvent classés au niveau 1. Le niveau 2 constitue la base de classement pour la majorité du personnel expérimenté. Les postes de niveau 3 exigent de grandes aptitudes cliniques ainsi qu'une capacité prouvée d'assumer la responsabilité de soins infirmiers de qualité 24 heures par jour. Les personnes classées au niveau supérieur

8.3 (suite)

sont souvent considérées comme des experts. En vue de se qualifier à ce niveau, l'infirmière ou l'infirmier doit faire la preuve qu'il possède les aptitudes et les connaissances nécessaires à la prestation de soins sophistiqués dans les cas les plus complexes. En outre, il doit généralement assumer la responsabilité du poste de spécialiste clinique au sein de son unité.

La promotion des infirmières selon les échelons cliniques est confiée à un conseil d'évaluation, qui juge du respect des critères établis en matière de connaissances et de performance clinique. Les employés peuvent poser leur candidature lorsqu'ils estiment qu'ils ont atteint l'échelon clinique supérieur. Ce mécanisme prévoit aussi des moyens d'améliorer la performance des employés par l'entremise de programmes d'éducation permanente.

La notion d'échelons cliniques, à notre avis, permettrait d'atteindre les objectifs suivants :

1) La création de milieux de travail plus dynamiques et stimulants pour les infirmières et les infirmiers.

2) Un soutien clinique pour les employés les moins expérimentés.

3) Des récompenses financières aux membres du personnel qui acceptent des responsabilités plus lourdes et qui cherchent à améliorer leurs connaissances (McDonagh et al., 1988).

8.3 (suite)

4) La reconnaissance des efforts déployés en vue d'acquérir des connaissances et des aptitudes.

5) Des évaluations plus régulières de la performance.

Nous incitons donc les employeurs, les associations et les syndicats d'infirmières et d'infirmiers à adopter les mesures suivantes :

1) Mettre en oeuvre la notion d'échelons cliniques dans le réseau de santé du Nouveau-Brunswick ;

2) Abolir le système actuel de promotion axé sur l'ancienneté et faire en sorte que des entrevues soient réalisées en vue de choisir les personnes les plus compétentes pour combler les postes vacants. Cette recommandation s'applique non seulement au choix des infirmières cliniques, mais aussi à celui des gestionnaires.

8.4 Recommandation nº 4 - Compensation

On recommande :

Que les employeurs offrent une compensation financière correspondant aux responsabilités et aux conditions de travail des infirmières et des infirmiers.

À l'heure actuelle, la rémunération des infirmières et des infirmiers semble être le reflet des tâches routinières qu'ils accomplissent. On reconnaît peu le niveau de formation, les aptitudes particulières, le jugement et l'expérience des membres de la profession. Les études sont peu récompensées financièrement. La

8.4 (suite)
compression des échelles salariales ne fournit aucun avantage aux infirmières et aux infirmiers expérimentés. On atteint très rapidement les échelons supérieurs de salaire. Au Nouveau-Brunswick, le traitement initial des employés des hôpitaux est de 22 207 $ par année, et ceux-ci atteignent un salaire maximum de 26 993 $ au bout de cinq ans. Ainsi, un employé qui compte 20 ans d'expérience reçoit le même traitement que son collègue qui a cinq ans d'expérience, et son salaire dépasse à peine de 4 786 $ celui des nouveaux diplômés (une augmentation de 2,65 $ l'heure).

De plus, le salaire accordé aux employés qui acceptent de travailler au cours des quarts les moins désirables ne compense pas les inconvénients et les responsabilités additionnelles qu'ils doivent accepter. En vue de tenir compte des conditions de travail et des responsabilités des infirmières et des infirmiers, on propose l'adoption des mesures suivantes :

1) Que les traitements soient axés sur la notion d'échelons cliniques (McDonagh et al., 1988) ;

2) Que l'on verse des traitements plus réalistes aux infirmières et aux infirmiers qui acceptent de travailler au cours de quarts moins désirables comme les soirées, les nuits, les fins de semaine et les congés.

8.5. Recommandation n° 5 - Éducation

On recommande :

Que l'on encourage l'accès aux programmes d'éducation permanente par l'entremise de budgets de remplacement, du développement coopératif de programmes d'études supérieures et de cours de gestion et de l'élaboration de programmes d'orientation et d'échange.

> "L'éducation permanente désigne toutes les activités d'enseignement qui sont offertes aux infirmières et aux infirmiers qui ont terminé leur éducation de base et qui cherchent à améliorer leur compétence" (Alberta Association of R.N., 1988, p. 19).

L'éducation permanente des infirmières et des infirmiers peut faire appel à des méthodes telles les programmes sur les lieux de travail, les ateliers, les conférences, l'orientation des nouveaux diplômés, l'acquisition de diplômes et de certificats et les activités autodidactes.

Afin de se tenir à jour et d'améliorer leur compétence en cette période d'évolution rapide des connaissances scientifiques, de la technologie et de la pratique clinique dans le domaine de la santé, il est essentiel que les infirmières et les infirmiers puissent prendre part à des programmes d'éducation permanente. Les employés qui disposent de temps pour s'occuper de leur évolution professionnelle ont tendance à être plus satisfaits de leur travail (Weisman, 1982).

8.5 (suite)

Afin de permettre aux infirmières et aux infirmiers de prendre part aux programmes d'éducation permanente dont ils ont besoin, les employeurs devraient prévoir en priorité des budgets de remplacement suffisants. Les infirmières et les infirmiers estiment que l'éducation permanente doit être une responsabilité partagée entre eux-mêmes et les employeurs. Ils semblent être prêts à contribuer financièrement à leurs études, mais les difficultés auxquelles ils font face dans l'organisation de leurs horaires sont particulièrement problématiques lorsqu'ils doivent travailler suivant des quarts rotatifs.

8.5.1 Cours avancés et programmes d'étude menant à un diplôme

Au fur et à mesure que les soins infirmiers se spécialisent et que les employés doivent assumer la responsabilité des soins lorsque les médecins et les autres professionnels de la santé ne sont pas disponibles (au cours des soirées, des nuits, des fins de semaine et des congés), les infirmières et les infirmiers doivent acquérir de plus vastes connaissances dans les domaines des relations interpersonnelles, de la technique et des données scientifiques. L'élaboration de programmes d'accréditation avancée dans diverses spécialités des soins infirmiers est l'une des solutions à ce problème.

Les programmes conçus à l'intention des infirmières et des infirmiers diplômés qui désirent obtenir un baccalauréat et accumuler

8.5.1 (suite)
des crédits au niveau universitaire suscitent des réactions favorables chez le personnel infirmier et les employeurs du Nouveau-Brunswick.

On recommande donc d'élaborer davantage de programmes avancés dans les deux universités du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services communautaires et l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick.

8.5.2 Programmes d'orientation

Étant donné que la majorité des infirmières et des infirmiers engagés par les divers centres de santé sont soit des nouveaux diplômés, soit des personnes qui n'ont pas pratiqué depuis longtemps, il importe de bien les préparer au travail qui les attend et de leur offrir un programme d'orientation qui vise à amenuiser "le choc de la réalité" (Kramer, 1974).

Dans ce but, nous recommandons que les infirmières et les infirmiers bénéficient d'un programme d'orientation conçu de façon à répondre à leurs besoins individuels grâce à des outils d'auto-évaluation et à divers moyens leur permettant d'acquérir les renseignements et les aptitudes nécessaires à l'exécution de leurs tâches en toute sécurité. De plus, le recours à un système

8.5.2 (suite)

"de collaboration" ou de tutorat pour l'initiation de ces nouveaux employés au travail en unité assurerait la prestation de meilleurs soins (Crout et al., 1984).

8.5.3 Programmes d'échange

Afin de stimuler l'intérêt pour les études et d'accroître la satisfaction des infirmières et infirmiers en leur permettant de relever de nouveaux défis, les services de santé devraient mettre en oeuvre des programmes d'échange. Ceux-ci permettent aux employés intéressés d'occuper des postes au sein des unités qui manquent de personnel. Les infirmières qui participent à ce programme peuvent demander de travailler au sein d'une unité pour une période allant de trois à six mois, sans pour autant perdre leur poste permanent. Ce programme exige une coordination importante, mais les employés qui y ont participé en ont retiré une grande stimulation et beaucoup de satisfaction.

8.5.4 Cours de gestion

Au Nouveau-Brunswick, les gestionnaires des échelons primaires, intermédiaires et supérieurs sont souvent choisis pour leurs excellentes aptitudes cliniques ou à cause de leur ancienneté à l'intérieur du réseau. Dans la plupart des cas, ils n'ont pas le bagage éducatif requis pour assumer leur rôle et leurs responsabilités d'administrateurs.

8.5.4 (suite)

"L'efficacité de la performance des gestionnaires est essentielle à la prestation de soins de qualité." Le bon fonctionnement de tous les organismes de santé est une entreprise complexe qui nécessite une vaste gamme d'aptitudes et de connaissances cliniques, organisationnelles, administratives et humaines (Alberta Association of R.N., 1988, p. 25). Il est essentiel d'élaborer des critères d'éducation pour les gestionnaires des soins infirmiers, et d'inclure ceux-ci dans l'établissement de programmes permanents de gestion ; en outre, le milieu de travail doit faciliter la mise en oeuvre de ces connaissances. On devrait aussi inciter les gestionnaires à suivre des cours d'administration de la santé de niveau universitaire.

8.6 Recommandation nº 6 - Responsabilités familiales

On recommande :

Que les responsabilités familiales soient prises en considération par les organismes, qui pourraient offrir des horaires moins traditionnels et une variété de choix de congés (congés de maternité prolongés, sabbatiques et programmes d'étalement du revenu).

Le nombre des femmes mariées travaillant comme infirmières s'est constamment accru au cours des trente dernières années. En 1964, à peine 25 pour cent des infirmières étaient mariées ; mais les femmes mariées

8.6 (suite)
constituent maintenant plus de 70 pour cent de tout le personnel infirmier au Canada (Baumgart, 1988, p. 30).

On sait depuis longtemps, dans le milieu infirmier, que la pratique de la profession, pour une personne qui doit aussi tenir compte de sa vie familiale, est fort complexe. Cette situation est particulièrement attribuable au fait que les soins infirmiers doivent être prodigués 24 heures par jour et 7 jours par semaine, ce qui implique le recours au travail par quarts rotatifs chez les infirmières et les infirmiers. Étant donné que les horaires ne correspondent pas à leurs activités familiales, de nombreuses infirmières mariées qui ont des enfants cherchent actuellement à se trouver des emplois à temps partiel. De cette façon, elles pourraient consacrer plus de temps à leur famille avant et après les heures d'école de leurs enfants et les heures de travail de leur mari de même qu'au cours des fins de semaine, et s'occuper de leurs bambins sans devoir recourir aux services de garderie.

Il est aussi bon de souligner que de plus en plus d'infirmières et d'infirmiers célibataires cherchent à occuper des postes à temps partiel. Ils estiment que leur horaire de travail ne leur permet de prendre part à la vie sociale et communautaire. Bon nombre d'entre eux voudraient participer à des activités différentes ou suivre des cours du soir, mais ils ne peuvent le faire à cause des horaires rotatifs.

Afin d'accroître la permanence de cette main-d'oeuvre considérable, il est important que les employeurs envisagent des méthodes innovatrices de dotation. Le partage des postes est l'une des solutions qui semble

8.6 (suite)
attrayante aux yeux de ce groupe d'infirmières et d'infirmiers.

Cette méthode permet aux infirmières et aux infirmiers de bénéficier de temps libre, et elle leur donne un meilleur contrôle sur leurs heures de travail. De plus, en conservant leurs avantages sociaux, ils ont une bonne raison de garder leur emploi actuel.

Comme nous l'avons mentionné, l'horaire de travail des infirmières qui doivent s'occuper de leurs enfants peut s'avérer très problématique. Cette situation est particulièrement pénible lorsqu'il est question de faire garder les enfants pendant les vacances (comme celles de Noël), au cours de la nuit, durant les fins de semaine ou les heures d'école quant l'enfant d'âge scolaire est malade.

En vue de limiter le nombre de congés de maladie et d'absences indus chez ce groupe d'employés, et d'alléger le stress que ces personnes ressentent face à leurs doubles responsabilités, on recommande que les employeurs envisagent d'offrir des services de garderie 24 heures par jour et 7 jours par semaine sur les lieux de travail, et de proposer des congés de maternité prolongés aux infirmières qui désirent rester à la maison au cours de l'année suivant la naissance de leur enfant.

8.7 <u>Recommandation nº 7 - Horaires</u>

"Étant donné que les soins infirmiers donnés aux patients hospitalisés constituent une responsabilité s'échelonnant sur 24 heures, 7 jours par semaine, la

8.7 (suite)

pratique infirmière en hôpital comporte des horaires de travail très peu attrayants" (Price, 1981, p. 1138). Au cours de la dernière décennie, les hôpitaux des États-Unis et du Canada ont tenté des expériences en offrant des horaires de travail plus attrayants aux infirmières et aux infirmiers.

Dans la province, bon nombre d'hôpitaux proposent des quarts de 12 et de 8 heures aux employés. On a relevé un certain degré de satisfaction à l'égard de ces alternatives. Les quarts de 12 heures permettent aux infirmières et aux infirmiers de prendre congé à toutes les deux fins de semaine, plutôt qu'une fin de semaine sur trois. De plus, ce nouvel horaire de travail réduit le nombre de quarts de nuit et allonge les périodes de congé ; il est cependant un peu plus fatigant.

Il est apparu évident, au cours des travaux des groupes-cibles et des entrevues, que les infirmières et les infirmiers recherchent une plus grande flexibilité dans l'établissement des horaires. Ce consensus s'est dégagé de leurs réactions au plan Baylor (Metcalf, 1982, Price, 1981), lequel permet aux employés de signer un contrat avec leur employeur visant l'adoption d'un horaire convenable et tenant compte de leurs besoins financiers et personnels. Le facteur du contrôle sur l'établissement de l'horaire est perçu comme étant un critère important de la satisfaction des employés (Weisman, 1982, p. 27).

Afin de permettre une plus grande flexibilité et une meilleure créativité dans l'établissement des horaires, on recommande :

8.7 (suite)

1) Que les employeurs collaborent avec le personnel et leurs représentants syndicaux en vue d'élaborer des formules de dotation innovatrices qui respectent les normes de qualité des soins fournis aux patients et qui limitent le recours aux quarts rotatifs ; on propose aussi que ces programmes fassent l'objet d'une surveillance en vue de vérifier leur efficacité. À notre avis, ce mécanisme aurait des effets positifs sur la permanence et le recrutement du personnel et amenuiserait les conséquences des absences indues.

2) Que l'infirmière en chef ou le gestionnaire de l'unité assume la responsabilité de la dotation et de l'établissement des horaires. Cette stratégie permet d'accroître la participation des employés et diminue la rigidité du processus.

3) Que l'on améliore l'utilisation des employés à temps partiel et occasionnels. Les employés occasionnels devraient être pré-assignés à un nombre limité d'unités et de gestionnaires, ils devraient suivre un programme d'orientation axé sur les besoins de l'établissement et participer à des cours d'éducation permanente. On devrait examiner la possibilité de mieux employer les infirmières et infirmiers à temps partiel de sorte à ce que la qualité et la continuité des soins restent adéquates.

4) Que l'on accorde des dédommagements pour les congés de maladie non utilisés à la fin de l'année afin de réduire l'incidence des absences indues.

8.8 Recommandation n° 8 - Mise en oeuvre

On recommande :

Que des mesures soient prises immédiatement afin de prouver aux infirmières et aux infirmiers que les problèmes relatifs aux conditions de travail ne passent pas inaperçus.

En conséquence, on propose de mettre en oeuvre les activités suivantes :

1) Négocations contractuelles

Au cours du processus de négociations, l'administration et le syndicat devraient se pencher sur les questions des écarts de salaires relatifs aux horaires, des congés de maternité prolongés, du remboursement des congés de maladie non utilisés et de la création d'une nouvelle unité de négociation pour les surveillants et les infirmières en chef.

2) Notion des échelons cliniques

Au cours de l'année qui vient, l'Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick, les gestionnaires des soins infirmiers, le Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick, les facultés de nursing et les employés devraient collaborer à l'élaboration de lignes de conduite en vue de l'application de la notion d'échelons cliniques dans les hôpitaux provinciaux. On pourrait ensuite mettre en oeuvre

8.8 (suite)
ce mécanisme au moment des prochaines négociations collectives.

3) Cours avancés

On devrait accroître la gamme de cours cliniques avancés qui sont offerts aux membres de la profession.

4) Gestionnaires

On devrait définir les rôles et les responsabilités des infirmières en chef au moyen de descriptions de tâches mises à jour.

5) Organismes de santé

Les hôpitaux en particulier et les autres organismes de santé devraient mettre sur pied des comités internes en vue de décentraliser la prise de décisions en ce qui concerne les soins infirmiers. Ces comités devraient regrouper les personnes suivantes :

- Les gestionnaires des soins infirmiers, les infirmières en chef et les employés, qui collaboreraient à l'élaboration de lignes de conduite sur la délégation de tâches, y compris l'établissement des horaires, la mise en oeuvre des modèles de soins et des méthodes alternatives de soins des patients, l'évaluation de la performance du personnel, le recrutement, la sélection des candidats, etc.

8.8 (suite)

- Les gestionnaires des soins infirmiers, les infirmières en chef et les employés ainsi que le personnel non professionnel, qui prépareraient la mise en oeuvre des mécanismes d'évaluation de la charge de travail et la répartition des tâches.

En outre, on pourrait former des comités regroupant les infirmières et les infirmiers de tous les niveaux en vue d'élaborer un mécanisme d'orientation du personnel et un programme d'échange.

Les conseils et les administrateurs des hôpitaux devraient dès maintenant évaluer le degré auquel les gestionnaires supérieurs (les directeurs des soins infirmiers et les directeurs administratifs adjoints des soins aux patients) participent aux tâches de niveau administratif au sein de leur organisme.

Ces activités devraient recevoir beaucoup de publicité dans les bulletins internes et les publications des associations concernées.

BIBLIOGRAPHIE

A.H.Q. (1988). L'infirmière, Force Vive de Centre Hospitalier. Association des Hôpitaux du Québec.

Alberta Association of Registered Nurses (1988). Brief on Concerns of R.N. Employed in Alberta Hospitals and Nursing Homes to the Premier's Commission on Future Health Care of Albertans.

Alidina, S. ; Funke-Furber, J. (1988). First Line Nurse Managers : Optimizing the Span of Control. Journal of Nursing Administration. Vol. 18, No. 5 : 34-39.

Allen, D. ; Calkin, J. ; Peterson, M. (1988). Making Shared Governance Work : A Conceptual Model. Journal of Nursing Administration. Vol. 18, No. 1 : 37-42.

Andrew, I. ; Bragg, J. (1973). Participative Decision Making : An Experimental Study in a Hospital. Journal of Applied Behavioural Sciences. 9 :6. pp 707-735.

Attridge, C.,k Callahan (1987). Women in Women's Work An Exploratory Study of Nurses' Perspective of Quality Work Environment. Univ. Victoria B.C.

Baird, John E. (1987). Changes in Nurses' Attitudes - Management Statistics for Todays Environment. Journal of Nursing Administration, volume 17 No. 9, Sept. : 38-43.

Bajmok, E.R. and Gitterman, G. (1988). Nurses as Colleagues and Mentors. The Canadian Nurse, Feb. : 16-17.

Barhyte, D. (1987). Levels of Practice and Retention of Staff Nurses. Nursing Management. Volume 18, No. 3 : 70-72.

Baumgart, A.L., A.J. (1988). Evolution of the Canadian Health Care System. In Baumgart ; Larsen Edit : Canadian Nursing Fales the Future : Development and Change. Toronto : The C.U. Mosby Co. (19-37).

Blegen, M.A. and Mueller, C.W. (1987). Nurses' Job Satisfaction : A Longitudinal Analysis. Research in Nursing and Health. Volume 10 : 227 - 237.

Chaplin, J.P. (1985). Dictionary of Psychology. New York, N.Y. : Dell Publishing.

Bibliographie (suite)

Chenevert, M. (1985). Pro-Nurse Handbook. Toronto ; The C.U. Mosby Co.

Crout, T. ; Crout, J. (1984). Care Plan for Retaining the New Nurse. Nursing Management Volume 15, No. 12 : 30-33.

Edelwich, J. and Brodsky, A. (1980). Burn - Out, Stages of Disillusionment in the Helping Profession. New York, N.Y. : Human Sciences Press.

Fitzpatrick, J. ; Whall, A. (1983). Conceptual Models of Nursing Analysis and Application. Bowie, M.D. : Prentice-Hall Publishing and Commun. Co.

Fuszard, B. (1984). Self-Actualization for Nurses ; Issues, Trends and Strategies for Job Enrichment. Rockville, Maryland : Aspen Publications.

Gaertner, K. (1984). Work Satisfaction and Family Responsibility - Correlates of Employment Among Nurses. Work and Occupations. Volume 11 : 439-460.

Ives, M.A. ; Denyes, M.J. (1975). A Ladder for Clinical Advancement in Nursing Practice. Journal of Nursing Administration, 5 (2) 16-22.

Hinshaw, A.S. and Atwood, J.R. (1984). Nursing Staff Turnover, Stress and Satifaction : Models, Measures and Management. Annual Review of Nursing. Volume 1 : 133-153.

Kramer, M. (1974). Reality Shock - Why Nurses Leave Nursing. St. Louis. Miss : The C.V. Mosby Co.

Kramer, M. ; Schmalenberg, C. (1988). Magnet Hospitals : Part I. Institutions of Excellence. Journal of Nursing Administration. Vol. 18, No. 1 : 13-24.

Larson, E. ; Lee, P.C. ; Brown, M.A. and Shorr, J. (1984). Job Satisfaction Assumptions and Complexities. Journal of Nursing Administration. January : 31-37.

Lazarus, R., Deese, J. and Osler, S. (1952). The Effects of Psychological Stress Upon Performance. Psychological Bulletin, 49 : 293-317.

McDonagh, K.J. ; Sorensen, M.A. (1988) Restructuring Nursing Salaries : A Mandate for the Future. Nursing Management. Feb., 1988. 39-41.

Bibliographie (suite)

Metcalf, J. ; Werner, M. Richmond, T. (1984). The Clinical Nurse Specialist in a Clinical Career Ladder. Nursing Administration Quarterly. 1984 : 9-19.

Olgivie and Associates (1981). Turnover Reduction and Re-entry of the Non-practising Nurse. Manpower Consultative Committee on Nursing Shortages.

Peplau, H. (1988). Key Note Address - III National Conference in Psychiatric Nursing - Montreal, June, 1988.

Peterson, M. (1983). Motivating Staff to Participate in Decision Making. Nursing Administration Quarterly. Winter 1983 : 63-68.

Price, E. (1981). The Demise of the Tradition 5-40 Work Week? American Journal of Nursing. June : 1138-1143.

Price, J. L. and Mueler, C.W. (1986). Absenteeism and Turnover of Hospital Employees. Greenwich, CT : JAI Press.

Sanger, E. ; Richardson, J. and Larson, E. (1985). What Satisfies Nurses Enough to Keep Them. Nursing Management. Volume 16 : 43-46.

Sheridan, J.E. (1985). The Catastrophe Model of Employee Withdrawal Leading to Low Job Performance, High Absenteeism, and Job Turnover During the First Year of Employment. Academy of Management Journal. Volume 28, No. 1 : 88-109.

Shoemaker, H. ; El-An Raf, A. (1983) Decentralization of Nursing Service Management and its Impact on Job Satisfaction. Nursing Administration Quarterly. Winter, 1983 : 69-76.

Smith, D.L. (1988). Administering Nursing Workplaces. In Baumgart, A. and Larsen, J. (Editors) Canadian Nursing Fales and Future. Toronto : The C.V. Mosby Co. : 191-209.

Storch, J. (1986). In Defence of Nursing Theory. The Canadian Nurse. Jan : 16-20.

Weisman, C.S. (1982). Recruit From Within : Hospital Nurses Retention in the 1980's. The Journal of Nursing Administration. May : 24-31.

Wilson, J. (1987). Why Nurses Leave Nursing. The Canadian Nurse. March : 20-33.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTREVUE DES INFORMATEURS-CLÉS

GUIDE D'ENTREVUE
DES INFORMATEURS-CLÉS

Bonjour,

Je m'appelle _____. J'agis en qualité d'expert-conseil dans le cadre d'une étude sur la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick. (NOM DU RESPONSABLE) de (ORGANISME QUI L'EMPLOIE) m'a suggéré de communiquer avec vous parce qu'il/elle croit que vous pourriez nous donner des renseignements précieux pour la réalisation de ce projet.

Nous effectuons un sondage des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick, nous réalisons des entrevues individuelles et nous organisons des rencontres avec des groupes-cibles afin de recueillir des données dans le cadre de la présente recherche. Douze variables font l'objet de cette étude : la charge de travail, les communications liées à l'emploi, les réalisations, la reconnaissance, l'utilisation des connaissances et des aptitudes, la prise de décisions, les occasions d'étude et de promotion, les horaires, les tâches et la taille des unités, les traitements et les responsabilités familiales. Nous tentons de déterminer lesquels de ces facteurs procurent le plus et le moins de satisfaction aux employés, et d'identifier les possibilités d'améliorer la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers.

D'après mes renseignements, vous avez déjà étudié cette question et vous avez trouvé des façons de résoudre certaines difficultés. Pourriez-vous partager avec nous certains détails de l'approche que vous avez adoptée.

QUESTION :

a) Relevez les détails du problème en question. Avait-il trait à la charge de travail, aux réalisations, à la reconnaissance, aux communications liées à l'emploi, à l'utilisation des connaissances et des aptitudes, à la prise de décisions, aux occasions d'étude et de promotion, aux horaires, aux tâches et à la taille des unités, aux traitements ou aux responsabilités familiales?

b) Comment s'est manifestée l'insatisfaction des employés (par exemple, l'absentéisme, le roulement du personnel, les erreurs, le manque d'enthousiasme, le négativisme ou l'absence de moral)?

c) Recueillez autant de détails que possible quant aux solutions mises en oeuvre en vue de résoudre les problèmes.

d) Quels ont été les résultats, qu'est-ce que les infirmières et les infirmiers aiment et n'aiment pas dans cette approche? Quels sont les aspects qui plaisent et déplaisent aux gestionnaires? Dans quelles conditions la personne interrogée recommanderait-elle le recours à une approche semblable (par exemple, pourrait-elle s'appliquer à la situation au Nouveau-Brunswick)?

e) Avez-vous de la documentation sur les renseignements que vous m'avez donnés? Si oui, pourriez-vous nous en faire parvenir un exemplaire?

Connaissez-vous d'autres programmes qui ont été mis en oeuvre en vue d'améliorer la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers ou connaissez-vous quelqu'un qui s'est penché sur la question? Pourriez-vous me donner d'autres renseignements afin que nous puissions communiquer avec ces personnes ou ces organismes?

* Notez les renseignements.

Auriez-vous d'autres remarques à formuler?

* Recueillez les remarques finales.

Je vous remercie beaucoup de votre aide. J'ai bien apprécié les renseignements que vous m'avez donnés.

Bonjour.

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE

QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS DANS LA VIE PROFESSIONNELLE

Ce questionnaire vise à étudier l'expérience des infirmières immatriculées actives et non actives au Nouveau-Brunswick. On demande aux répondantes qui n'exercent plus la profession de répondre à chaque question concernant leur dernier emploi en soins infirmiers, sauf indication contraire.

PARTIE I

Les questions 1 - 22, veuillez répondre en encerclant le numéro qui convient.

1. De quel sexe êtes-vous? 1) Femme 2) Homme

2. Quel âge avez-vous?
   1) 20-25
   2) 26-30
   3) 31-35
   4) 36-40
   5) 41-45
   6) 46-50
   7) 51-55
   8) 56+

3. Quel est votre état matrimonial?
   1) Célibataire
   2) Marié
   3) Autre (préciser) _____

4. Combien d'enfants âgés de moins de 18 ans avez-vous?
   1) Aucun
   2) Un enfant
   3) Deux enfants
   4) Trois enfants
   5) Plus de trois enfants

5. Quel âge a votre plus jeune enfant?
   1) Aucun enfant
   2) Moins d'un an
   3) Plus d'un ans - moins de 5
   4) Plus de 5 - moins de 10
   5) Plus de 10 - moins de 15
   6) Plus de 15 - moins de 20
   7) Plus de 20 ans

6. Quelle est votre langue maternelle?
   1) Anglais
   2) Français
   3) Autre (Préciser) _____

7. Quelle langue utilisez-vous le plus souvent dans le milieu de travail?

   1) Anglais
   2) Français
   3) Autre (préciser) _____

8. Etes-vous employée à titre d'infirmière?

   1) Oui 2) Non

9. Si vous êtes employée, qui est votre employeur actuellement?

   1) Hôpital général
   2) Centre de réadaptation
   3) Hôpital psychiatrique
   4) Hôpital Extra-Mural
   5) Autre type d'hôpital
   6) Foyer de soins
   7) Service de santé publique
   8) Ordre des infirmières de Victoria
   9) Clinique d'hygiène mentale
   10) Centre de services de santé
   11) Cabinet d'un médecin/Unité de pratique familiale
   12) Milieu professionnel
   13) Établissement d'enseignement
   14) Á mon propre compte
   15) Association
   16) Gouvernement
   17) Centre de désintoxication
   18) Établissement correctionnal fédéral/provincial
   19) Forces armées
   20) Pratique privée
   21) Autre (préciser) _____

10. Travaillez-vous dans:

   1) un grand hôpital (plus de 300 lits)
   2) un hôpital moyen (100 a 300 lits)
   3) un petit hôpital (moins de 100 lits)
   3) ne s'applique pas

11. Quel est le plus haut grade que vous obtenu?

   1) Certificat/diplôme (préciser) _____

   2) Baccalauréat (préciser) _____

   3) Maîtrise (préciser) _____

   4) Doctorat (préciser) _____

   5) Autres cours (préciser) _____

12. Etes-vous actuellement en formation ou en recyclage?

1) Oui 2) Non

13. Dans quel domaine êtes-vous employée?

Soins généraux aux patients

1) Médecine/chirurgie
2) Maternité/pouponnière
3) Pédiatrie
4) Bloc op.
5) Soins ambulatoires (chirurgie de jour - consultation externe)
6) Gériatrie
7) Soins de longue durée
8) Soins de réadaptation
9) Pharmacodépendance
10) Pratique générale/itinérante
11) Santé communautaire

Soins spéciaux ou soins intensifs

13) Coronarien
14) Néonatalogie
15) Pédiatrie
16) Neurologie
17) Soins aux brûlés
18) Médecine
19) Chirurgie
20) Médecine/chirurgie
21) Salle d'urgence
22) Salle de réveil
23) Dialyse

Administration

24) Admin. en formation infirmière
25) en services infirmiers
26) Autre admin.

Enseignement

27) Programmes pour les étudiantes
28) Programmes pour les employées
29) Programmes pour les patients/ clients

Recherche

30) Á temps plein
31) Á temps partiel

Autre

32) Planification de la sortie
33) Prévention des infections
34) Pratique autonome
35) Autre

14. Combien d'années environ (total) avez-vous travaillé à titre d'infirmière?

1) Moins d'un an
2) Plus d'un an - moins de 3 ans
3) Plus de 3 - moins de 5
4) Plus de 5 - moins de 10
5) Plus de 10 - moins de 20
6) Plus de 20

15. Quel est votre poste actuel?

1) Infirmière en service général/personnel
2) Infirmière en chef/infirmière clinique cadre
3) Instructeur/professeur
4) Surveillante/coordonnatrice
5) Spécialiste clinicienne

6) Association/Directrice adjointe
7) Directrice
8) Administratrice adjointe
9) Administratrice/administratrice en chef
10) Conseillère
11) Recherchiste
12) Autre (préciser) _____

16. Quel genre de soins infirmiers sont utilisés dans votre unité ou dans votre établissement?

1) Soins infirmiers en équipe
2) Soins infirmiers primaires
3) Autre (préciser) _____
4) Sans objet

17. Quel est le nombre moyen de patients confiés à une infirmière pendant le relais du jour dans votre unité?

1) Pas plus de 2 patients
2) De 3 à 5 patients
3) De 6 à 10 patients
4) De 11 à 15 patients
5) De 16 à 25 patients
6) Plus de 25 patients
7) Sans objet

18. S'il s'agit de soins infirmiers communautaires, quel est le nombre moyen de cas pour votre établissement?

1) Moins de 25
2) 25 à 50
3) 51 à 75
4) 76 à 100
5) 100+
6) Sans objet

19. Travaillez-vous par rotation? 1) Oui 2) Non

20. Si vous ne travaillez pas par rotation, quel relais effectuez-vous le plus souvent?

1) Jour
2) Soirée
3) Nuit
4) Sans objet

21. Environ combien d'heures par semaine travaillez-vous?

1) 35 à 40 heures en 5 jours
2) 35 à 40 heures en 4 jours
3) Deux relais de fins de semaine de 12 heures
4) 8 à 12 heures par semaine

5) 12 à 20 heures par semaine
6) Plein temps, plus une moyenne d'un relais de surtemps ou plus par semaine
7) Temps plein, plus surtemps occasionnel de moins d'un relais par semaine (en moyenne)

22. Quel est votre salaire annuel brut approximatif (avant retenues)?

1) Moins de 10 000 $ par année
2) 10 000 $ à 15 999 $ par année
3) 16 000 $ à 19 999 $ par année
4) 20 000 $ à 22 999 $ par année
5) 23 000 $ à 24 999 $ par année
6) 25 000 $ à 27 999 $ par année
7) 28 000 $ à 29 999 $ par année
8) 30 000 $ à 32 999 $ par année
9) 33 000 $ à 34 999 $ par année
10) 35 000 $ à 39 999 $ par année
11) 40 000 $ à 44 999 $ par année
12) 45 000 $ à 49 999 $ par année
13) 50 000 $ ou plus

23. Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre établissement actuel?

1) Moins d'un an
2) Plus d'un an - moins de 2
3) Plus de 2 - moins de 3
4) Plus de 3 - moins de 5
5) Plus de 5 - moins de 7
6) Plus de 7 - moins de 10
7) Plus de 10 - moins de 15
8) Plus de 15 - moins de 20
9) 20 ans ou plus

QUESTIONS

Pour les énoncés suivants, encerclez le numéro de l'énoncé qui décrit mieux votre situation.

Barème : 1 = jamais vrai
2 = rarement vrai
3 = parfois vrai
4 = souvent vrai
5 = toujours vrai

1.	Je suis satisfaite de l'occasion qui m'est donnée de dispenser des soins de qualité.	1 2 3 4 5
2.	Á la fin de ma journée de travail, j'ai habituellement l'impression d'avoir fait un bon travail.	1 2 3 4 5
3.	Le personnel de l'unité est autorisé à dispenser des soins infirmiers innovateurs.	1 2 3 4 5
4.	La communauté évalue nos services de façon positive.	1 2 3 4 5
5.	Le contact avec les patients est suffisant.	1 2 3 4 5
6.	Ma participation concernant la planification du traitement est reconnue par les médecins traitants.	1 2 3 4 5
7.	Mes collègues de travail au sein du personnel infirmier me donnent des réactions positives concernant mon travail.	1 2 3 4 5
8.	J'estime que l'infirmière en chef adjointe et l'infirmière en chef me reconnaissent pour le travail que j'effectue.	1 2 3 4 5
9.	On a recours à des mesures disciplinaires lorsque mon rendement n'est pas adéquat.	1 2 3 4 5
10.	Mon rendement est évalué régulièrement.	1 2 3 4 5
11.	Trop de décisions sont prises concernant les soins aux patients sans ma participation.	1 2 3 4 5
12.	Des changements sont apportés au programme sans une participation suffisante de la part du personnel.	1 2 3 4 5
13.	Lorsque je dispense des soins, je peux prendre mes propres décisions concernant les interventions à utiliser.	1 2 3 4 5
14.	Le personnel me critique après que j'ai pris une décision autonome.	1 2 3 4 5

Pour les énoncés suivants, encerclez le numéro de l'énoncé qui décrit mieux votre situation.

Barème : 1 = jamais vrai
2 = rarement vrai
3 = parfois vrai
4 = souvent vrai
5 = toujours vrai

15. Je peux plier les "règles" (directives et modalités) pour répondre aux besoins spéciaux des patients s'il y a lieu. 1 2 3 4 5

16. Je n'ai pas assez souvent l'occasion de partager ma compétence avec les autres infirmières dans l'hôpital ou dans l'établissement. 1 2 3 4 5

17. Une des choses que j'aime au sujet de mon travail c'est que j'ai l'occasion d'enseigner aux autres. 1 2 3 4 5

18. Aucun membre du personnel me demande des renseignements concernant ma formation permanente. 1 2 3 4 5

19. J'ai accès à des ressources cliniques pour régler des problèmes de soins aux patients. 1 2 3 4 5

20. Je ne participe pas aux conférences et aux activités éducatives autant que je le voudrais. 1 2 3 4 5

21. Je peux obtenir du temps libre de mon travail si je veux assister à des conférences ou à des colloques reliés à mon emploi. 1 2 3 4 5

22. J'ai accru mon expérience clinique en apprenant de mes collègues de travail. 1 2 3 4 5

23. Lorsqu'on adopte des nouvelles techniques ou modalités, on me fournit une formation qui augmente ma confiance en mon rendement. 1 2 3 4 5

24. Mon employeur collabore entièrement lorsque j'essaie d'obtenir mon baccalauréat en sciences infirmières. 1 2 3 4 5

25. Il y a suffisamment de chances d'avancement dans mon milieu de travial. 1 2 3 4 5

26. La formation est directement reliée aux possibilités d'avancement dans mon lieu de travail. 1 2 3 4 5

27. J'ai accès à des postes dans des spécialisations souhaitées. 1 2 3 4 5

Pour les énoncés suivants, encerclez le numéro de l'énoncé qui décrit mieux votre situation.

Barème : 1 = jamais vrai
2 = rarement vrai
3 = parfois vrai
4 = souvent vrai
5 = toujours vrai

28.	Nos avantages sociaux sont adéquats.	1 2 3 4 5
29.	Mon traitement représente le niveau de responsabilité que mon emploi comporte.	1 2 3 4 5
30.	La charge de travail n'est pas répartie équitablement entre le personnel infirmier dans mon relais.	1 2 3 4 5
31.	Les autres relais quittent le travail qu'ils devraient faire.	1 2 3 4 5
32.	Je peux terminer mon travail d'ici la fin du relais.	1 2 3 4 5
33.	Les patients sont répartis sans tenir compte du degré des soins dont ils ont besoin.	1 2 3 4 5
34.	Je suis satisfaite de la quantité de travail partagée avec les membres de l'équipe interdisciplinaire.	1 2 3 4 5
35.	Je peux généralement passer suffisamment de temps à parler avec les patients.	1 2 3 4 5
36.	Souvent je ne peux pas prendre toute ma période de repas.	1 2 3 4 5
37.	Je travaille le relais que je préfère.	1 2 3 4 5
38.	Je n'aime pas le système de relais permanent.	1 2 3 4 5
39.	Je peux inscrire des congés annuels à l'horaire lorsque je le veux.	1 2 3 4 5
40.	Trop souvent on me demande de faire du surtemps.	1 2 3 4 5
41.	Le travail en fin de semaine n'est pas réparti équitablement entre le personnel infirmier.	1 2 3 4 5
42.	J'ai accès à de l'emploi à temps plein.	1 2 3 4 5
43.	J'ai accès à de l'emploi à temps partiel.	1 2 3 4 5

Pour les énoncés suivants, encerclez le numéro de l'énoncé qui décrit mieux votre situation.

Barème : 1 = jamais vrai
2 = rarement vrai
3 = parfois vrai
4 = souvent vrai
5 = toujours vrai

44.	Les fournitures et le matériel sont adéquats.	1 2 3 4 5
45.	Les installations matérielles sont adéquates.	1 2 3 4 5
46.	La paperasse est limitée.	1 2 3 4 5
47.	On a accès à des installations de stationnement sécuritaires au lieu de l'emploi.	1 2 3 4 5
48.	On a accès à un moyen de transport en commun pour se rendre au lieu de l'emploi.	1 2 3 4 5
49.	Lorsque des questions personnelles affectent mon travail, j'estime pouvoir aller voir l'infirmière en chef ou l'infirmière en chef adjointe pour en discuter.	1 2 3 4 5
50.	Je suis satisfaite du temps que l'infirmière en chef passe à travailler avec les patients.	1 2 3 4 5
51.	Les médecins traitants travaillent étroitement avec le personnel infirmier concernant la planification du traitement.	1 2 3 4 5
52.	L'infirmière en chef ne me tient pas au courant des décisions prises lors des réunions administratives.	1 2 3 4 5
53.	L'administration n'appuie pas la philosophie de l'unité en ce qui a trait aux soins infirmiers.	1 2 3 4 5
54.	Je suis satisfaite de la quantité de travail partagée avec les membres de l'équipe interdisciplinaire.	1 2 3 4 5
55.	Le temps passé aller-retour au milieu de l'emploi est minime.	1 2 3 4 5
56.	Mon travail ne nuit pas à ma capacité de remplir mes responsabilités familiales.	1 2 3 4 5
57.	Des services de garderie sont disponibles sur les lieux de l'emploi.	1 2 3 4 5

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

La qualité de la vie professionnelle des infirmières professionnelles au Nouveau-Brunswick au cours des dernières années, a suscité une certaine inquiétude dans de nombreux secteurs de la société, y compris la profession infirmière, les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé, le ministère de la Santé et des Services communsutaires et le gouvernement. Cette préoccupation a mené à la nomination d'un Comité qui a été chargé d'examiner la situation actuelle; ce Comité a retenu les services du Groupe DPA Inc. et lui a demandé d'effectuer une étude pour fournir l'information requise.

Le questionnaire suivant examine un certain nombre de facteurs pouvant être reliés à la satisfaction au travail des infirmières.

L'information que vous nous fournirez sera traitée de façon strictement confidentielle et votre nom ne sera utilisé à nulle part dans l'étude.

Veuillez trouver ci-inclus, une enveloppe-réponse dans laquelle vous pourrez placer le questionnaire rempli pour nous l'envoyer. Afin que nous puissions respecter les échéanciers prévus, nous vous saurions gré de nous envoyer votre questionnaire rempli par la poste d'ici le 2 juin 1988.

Au nom du Groupe DPA Inc. et du Comité du projet, nous désirons vous remercier pour votre participation à cette étude. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à téléphoner à la soussignée au 458-8370 entre 8 h 30 et 4 h 30 du lundi au vendredi.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Leanne E. Targett

Leanne E. Targett
Experte-conseille associée
Le Groupe DPA Inc.

GUIDE D'ENTREVUE

I. RÉALISATIONS

1. Estimez-vous que les infirmières et les infirmiers sont satisfaits de la qualité des soins qu'on leur permet de fournir? Expliquez.

2. Jusqu'à quel point permet-on aux infirmières et aux infirmiers de pratiquer des soins innovateurs?

3. Quelle est la réaction de la collectivité à la qualité des soins fournis aux patients? Expliquez.

II. RECONNAISSANCE

1. Jusqu'à quel point les surveillants, les collègues, les gestionnaires et les médecins reconnaissent-ils les réalisations des infirmières et des infirmiers et recherchent-ils leur opinion?

2. D'après vous, à quel rythme fait-on l'évaluation de la performance des infirmières et des infirmiers? Quels genres de récompenses ou de réprimandes font suite à de telles évaluations? Quand y a-t-on recours?

3. Comment reconnaît-on les signes de l'insatisfaction, et quelles réactions adopte-t-on face à ceux-ci?

III. PRISE DE DÉCISIONS

1. Quel est le mécanisme de prise de décisions quant aux soins fournis aux patients?

2. Jusqu'à quel point les infirmières et les infirmiers ont-ils leur mot à dire en ce qui concerne les directives et la façon de traiter les patients?

3. Que pensez-vous des infirmières et des infirmiers qui prennent des décisions de leur propre chef à l'égard des soins fournis aux patients?

IV UTILISATION DES CONNAISSANCES ET DES APTITUDES

1. Encourage-t-on les infirmières et les infirmiers à partager leurs aptitudes et leurs connaissances avec leurs collègues? Est-ce que l'on estime suffisamment l'expérience du personnel pour en inciter la communication? De quelle façon s'y prend-on?

V. OCCASIONS D'ÉTUDE

1. Que pensent les infirmières et les infirmiers des études complémentaires? Comment votre établissement traite-t-il les employés qui veulent approfondir leur formation?

2. Comment s'y prend-on, dans votre établissement, pour tenir à jour ou améliorer les aptitudes et les connaissances du personnel au fur et à mesure que de nouvelles technologies et méthodes font leur entrée dans la profession?

3. Le processus d'orientation est-il différent pour les nouveaux diplômés et les infirmières ou les infirmiers qui reprennent du service après plusieurs années, et pour une personne qui pratique depuis une certaine période de temps? En quoi diffère-t-il?

VI. PROMOTIONS

1. Est-ce qu'un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers ont accès à des promotions? Quelles possibilités s'offrent aux infirmières et infirmiers généralistes? Quels facteurs sont nécessaires à une promotion (que demande-t-on à l'infirmière ou à l'infirmier qui désire être promu)?

2. Utilise-t-on différemment les infirmières et les infirmiers qui ont obtenu un baccalauréat, une maîtrise ou un diplôme?

3. Pourriez-vous décrire la méthode de dotation la plus fréquemment utilisée? Publie-t-on des offres d'emploi dans des unités précises? Selon quels critères les infirmières et les infirmiers sont-ils choisis et interviewés?

VII. TRAITEMENTS

1. À quel point les traitements des infirmières et des infirmiers sont-ils un reflet du niveau de responsabilités liées à leur emploi? Croyez-vous que les salaires sont suffisants?

2. Quels avantages sociaux sont offerts aux infirmières et aux infirmiers? Comment sont-ils répartis? Quels critères doit-on respecter pour bénéficier de ces avantages? Ceux-ci sont-ils suffisants?

VIII. CHARGE DE TRAVAIL

1. À quelle fréquence a-t-on recours au personnel non infirmier? Quelle tâche lui confie-t-on? Comment vous sentez-vous face à l'utilisation de personnel non infirmier et à la répartition des tâches entre les infirmières et les infirmiers?

2. Comment répartit-on la charge de travail parmi les infirmières et les infirmiers? Est-ce que cette répartition est équitable? Sinon, qu'est-ce qui cause ce déséquilibre, à votre avis?

3. Les exigences imposées au personnel infirmier sont-elles suffisantes? Sinon, quels facteurs sont-ils problématiques? Comment ces problèmes se manifestent-ils quotidiennement chez le personnel infirmier et chez les gestionnaires (absentéisme, manque d'enthousiasme, erreurs, cynisme, fermeture d'unités, roulement, etc.)?

4. À quelle fréquence modifie-t-on les proportions de patients? De quelle façon s'y prend-on pour le faire?

IX. HORAIRES

1. Jusqu'à quel point le personnel infirmier participe-t-il à l'élaboration des horaires?

2. Les exigences de dotation sont-elles généralement suffisantes pour combler les besoins de chaque quart? Permet-on au personnel de travailler à temps partiel? Si oui, jusqu'à quel point?

3. Quelles sont les plaintes les plus fréquentes à l'égard des horaires de la part des infirmières, des infirmiers et des gestionnaires?

X. TÂCHES ET TAILLE DES UNITÉS

1. Croyez-vous que le matériel et la technologie utilisés sont à jour?

2. L'espace est-il suffisant et est-il bien utilisé?

3. Estimez-vous que les infirmières et les infirmiers ont trop de paperasserie à faire? Si oui, expliquez votre point de vue.

4. Peut-on facilement avoir accès à l'organisme ou à l'établissement (court déplacement, stationnement, circuits d'autobus, etc.)?

XI. <u>COMMUNICATIONS LIÉES À L'EMPLOI</u>

1. Décrivez les relations qu'ont les infirmières et les infirmiers avec leurs collègues, les médecins, les surveillants, les infirmières en chef, les administrateurs et le personnel non infirmier. Y a-t-il une bonne communication entre ces différents paliers?

2. Quel genre de système est utilisé pour faciliter la communication? Quelles méthodes utilise-t-on pour communiquer des renseignements d'un groupe à un autre?

3. Effectue-t-on des entrevues avec les employés qui quittent leur travail?

4. Est-ce que le fait pour certaines infirmières en chef de faire partie du syndicat suscite certains problèmes? Si oui, pourquoi?

XII. RESPONSABILITÉS FAMILIALES

1. Jusqu'à quel point l'organisme ou l'établissement reconnaît-il les besoins familiaux et personnels des infirmières et des infirmiers? Comment satisfait-on à ces besoins et à ces responsabilités?

ANNEXE C

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE QUESTIONNAIRE

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

La qualité de la vie professionnelle des infirmières professionnelles au Nouveau-Brunswick au cours des dernières années, a suscité une certaine inquiétude dans de nombreux secteurs de la société, y compris la profession infirmière, les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé, le ministère de la Santé et des Services communautaires et le gouvernement. Cette préoccupation a mené à la nomination d'un Comité qui a été chargé d'examiner la situation actuelle; ce Comité a retenu les services du Groupe DPA Inc. et lui a demandé d'effectuer une étude pour fournir l'information requise.

Le questionnaire suivant examine un certain nombre de facteurs pouvant être reliés à la satisfaction au travail des infirmières.

L'information que vous nous fournirez sera traitée de façon strictement confidentielle et votre nom ne sera utilisé à nulle part dans l'étude.

Veuillez trouver ci-inclus, une enveloppe-réponse dans laquelle vous pourrez placer le questionnaire rempli pour nous l'envoyer. Afin que nous puissions respecter les échéanciers prévus, nous vous saurions gré de nous envoyer votre questionnaire rempli par la poste d'ici le 2 juin 1988.

Au nom du Groupe DPA Inc. et du Comité du projet, nous désirons vous remercier pour votre participation à cette étude. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à téléphoner à la soussignée au 458-8370 entre 8 h 30 et 4 h 30 du lundi au vendredi.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Leanne E. Targett

Leanne E. Targett
Experte-conseille associée
Le Groupe DPA Inc.

ANNEXE D
GUIDE DU MODÉRATEUR

GUIDE DU MODÉRATEUR

Infirmières et infirmiers généralistes

INTRODUCTION

Bonjour, je m'appelle _____. En premier lieu, je voudrais vous remercier d'avoir accepté de prendre part à cette discussion. J'aimerais prendre quelques moments afin de vous expliquer ce que nous sommes en train de faire. Ce genre de regroupement peut vous sembler inusité, mais il s'agit d'une bonne façon pour des gens comme moi de savoir ce que des gens comme vous pensent d'un sujet en particulier. J'agis à titre d'expert-conseil et l'entreprise que je représente a reçu le mandat du Comité consultatif sur la main d'oeuvre infirmière du Nouveau-Brunswick de recueillir des renseignements sur la qualité des conditions de vie des infirmières et des infirmiers.

L'approche utilisée dans cette recherche comprend une étude de la documentation canadienne et américaine qui permet d'identifier les recherches pertinentes et les solutions éprouvées ; nous effectuons des entrevues de plusieurs informateurs-clés qui ont participé à des recherches sur cette question et qui ont tenté de trouver des solutions aux problèmes identifiés, et nous organisons des rencontres individuelles à l'échelon régional. Celles-ci ont lieu dans chacune des régions de santé de la province. Nous réaliserons des entrevues auprès de huit personnes dans chacune des régions (soit 56 au total), lesquelles représentent le syndicat, l'association, les directeurs, les gestionnaires intermédiaires et les administrateurs.

Nous effectuerons aussi des entrevues auprès des représentants du Syndicat des infirmières et des infirmiers, de l'AIINB, de l'Association des hôpitaux, de l'Association des foyers de soins, de la Société médicale, du ministère de la Santé et des Services communautaires ainsi que du Conseil de gestion. En outre, un sondage visant 10 pour cent des membres de l'Association des infirmières et des infirmiers sera réalisé et nous organiserons treize rencontres avec des groupes-cibles comme celui-ci.

Nous avons mis sur pied des groupes-cibles dans chacune des régions et nous avons convoqué des infirmières et des infirmiers choisis au hasard et provenant de tous les genres d'unité (soins intensifs, pédiatrie, psychiatrie, salle d'opération, patients externes et urgence, chirurgie et médecine, soins aux patients chroniques et maternité) des hôpitaux régionaux, locaux, communautaires et psychiatriques, des foyers de soins et des services de santé communautaire (santé publique, santé mentale, patients externes, cabinets de médecin, VON, milieux correctionnels, industries, centres de services de santé et de traitement de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance).

Nous avons comme objectif, dans le cadre de cette recherche, de brosser un tableau de la qualité des conditions de travail et des questions qui préoccupent les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick à ce sujet, et d'identifier les solutions aux problèmes soulevés. Nous rencontrerons des groupes comme le vôtre dans toutes les régions de la province. Il s'agit d'un projet important pour l'administration provinciale et nous vous remercions beaucoup de l'aide que vous nous apportez. Étant vous même des infirmières et des infirmiers, et représentant divers milieux de travail, votre opinion s'avèrera très utile pour nous quant à ce sujet important.

Avant tout, j'aimerais vous signaler quelques points.

* Tout d'abord, sentez-vous bien à l'aise. Servez-vous à boire (etc.) quant vous en aurez envie.

* Le but principal de ce genre de regroupement est de nous permettre de connaître votre opinion. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Dites-nous ce que vous pensez. Votre opinion est aussi importante que celle de votre voisin.

* Je dirigerai la conversation jusqu'à un certain point en soulevant quelques questions ou en vous demandant d'approfondir vos observations ; mais ne vous gênez pas pour formuler tout ce qui vous vient à l'esprit. Si vous pensez à quelque chose qui pourrait être intéressant, n'hésitez pas à nous en faire part. Si quelqu'un émet une opinion avec laquelle vous n'êtes pas d'accord, dites-le. Nous ne voulons pas partir avec l'impression que vous partagez tous une même opinion si ce n'est pas le cas et si certains d'entre vous ne sont pas absolument pas d'accord.

* Permettez-moi maintenant de vous présenter (Nom de la secrétaire). Elle prendra des notes de sorte que nous puissions nous souvenir de ce que vous aviez à dire. Je me laisse souvent emporter lorsque je parle avec des gens, mais à nous deux, nous nous souvenons généralement du déroulement de la réunion.

* Si nous ne suffisons pas à la tâche, vous avez probablement remarqué que nous avons apporté du matériel d'enregistrement. Il s'agit de notre police d'assurance. Si (nom de la secrétaire) et moi doutons de ce que vous avez vraiment dit, nous pouvons écouter la bande pour nous en assurer.

* Tous ce que vous allez dire restera confidentiel. Nous ferons un rapport sur les idées émises par le groupe et non sur les opinions formulées par une personne en particulier. Nous ne ferons même pas correspondre vos observations à votre nom. Sentez-vous donc libre de dire ce que vous désirez.

SUJETS ABORDÉS DANS CE GUIDE

* Profil des participants

* Facteurs touchant la satisfaction des employés

  - charge de travail
  - communications liées à l'emploi
  - réalisations
  - reconnaissance
  - utilisation des connaissances et des aptitudes
  - prise de décisions
  - occasions d'étude
  - occasions de promotion
  - horaires
  - tâches et taille des unités
  - traitements
  - responsabilités familiales

* Solutions

Section I : Profil des participants

1. "Faites un tour de table et demandez à chacun de se présenter (par son prénom seulement), de donner son lieu de travail, le genre de tâche qu'il accomplit, le poste qu'il occupe, son quart, s'il travaille à temps plein ou à temps partiel ainsi que des responsabilités et des intérêts qui n'ont pas trait à son travail. Mentionnez que ces renseignements permettront à tout le monde de bien faire connaissance avec chacun des participants.

QUESTION :

Essayez de déterminer la nature du poste, la situation d'emploi, les activités académiques ou récréatives et les responsabilités familiales.

Section II : Facteurs touchant la satisfaction des employés

1. La meilleure façon de commencer à étudier le sujet de la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick consiste à vous demander ce que vous pensez du travail que vous faites dans cette province. Imaginons qu'une amie de votre jeune soeur vous dise qu'elle pense à devenir infirmière. Étant donné que vous avez une certaine expérience, elle a pensé que vous pourriez peut-être lui donner une bonne idée du métier et la conseiller quant à son

désir d'entreprendre le cours de sciences infirmières l'automne prochain. Qu'auriez-vous à lui dire sur votre expérience comme infirmière ou infirmier?

QUESTION :

a) Essayez de savoir ce que les infirmières et les infirmiers présents aiment ou n'aiment pas de leur lieu de travail (espace physique, surpopulation, matériel moderne) de leur charge de travail, des pratiques courantes de dotation (rotations, fins de semaine, temps supplémentaire, etc.), de leurs avantages sociaux (traitements, éducation, vacances, congés de maladie, etc.).

b) Quelles sont les caractéristiques positives et négatives de leurs relations au travail (avec les patients et les clients, les collègues, les aides et les techniciens, les supérieurs, les autres professionnels et les médecins). Se sentent-ils revalorisés dans leur milieu de travail. Leur demande-t-on de participer aux diverses décisions qui sont prises et sentent-ils qu'ils peuvent partager leurs connaissances et leurs aptitudes. Que pensent-ils de la façon dont on évalue le travail des infirmières et des infirmiers?

c) Demandez-leur s'ils considèrent que leur emploi est un défi et s'il correspond aux attentes qu'ils avaient lorsqu'ils ont commencé leurs études. Ont-ils l'occasion de fournir des soins de qualité? Tirent-ils une certaine satisfaction des contacts qu'ils ont avec les patients? Quelles sont leurs occasions de promotion?

d) Que pensent-ils de la façon dont les écoles préparent les étudiants pour le marché du travail (les programmes de deux ans et les baccalauréats). Quelle est, à leur avis, l'attitude de leur employeur face à la formation en cours d'emploi et à l'éducation permanente? Que pensent-ils de la formation et de l'éducation permanentes (par exemple, devraient-ils décider de ce dont ils ont besoin, prendre des congés à leurs frais, l'employeur et l'employé devraient-ils contribuer aux frais de scolarité, quels sont leurs besoins?)

2. a. Nous entendons de plus en plus parler des infirmières et des infirmiers qui laissent leur profession afin de trouver un autre emploi. Pensez-vous que cette situation est courante au Nouveau-Brunswick?

b. Quelles sont, à votre avis, les causes importantes d'insatisfaction pour les infirmières et les infirmiers d'aujourd'hui? Quelles attentes ne sont pas comblées? Que pensez-vous que ces gens cherchent qu'ils n'aient pas déjà dans leur travail actuel? Pourquoi certains d'entre vous quitteraient-ils la profession s'ils en avaient l'occasion?

QUESTION :

Demandez aux participants s'ils connaissent des infirmières ou des infirmiers qui ont quitté la profession. Essayez de savoir pourquoi ils se sont retirés. Soyez précis : par exemple, quel genre de travail faisaient-ils, ont-ils obtenu de meilleurs avantages sociaux (salaire, vacances), de meilleures conditions de travail (horaires, etc.), une plus grande indépendance, voulaient-ils consacrer davantage de temps à leur famille, reçoivent-ils une meilleure reconnaissance et un soutien plus grand, ont-ils une meilleure occasion d'assumer de plus grandes responsabilités sans détenir un baccalauréat, ont-ils fuit l'absence de professionnalisme ou le peu de reconnaissance à titre de professionnel?

c. Il se peut que vous ayiez, à un moment ou à un autre, pensé à quitter la profession. Combien d'entre vous ont eu cette pensée? Pourquoi les infirmières et les infirmiers continuent-ils de pratiquer leur profession? Qu'est-ce que vous aimez dans votre travail?

QUESTION :

Essayez de découvrir ce qui pousse les infirmières et les infirmiers à continuer de pratiquer. Soyez précis : par exemple, le défi et les avantages, les contacts avec les patients et d'autres professionnels qui partagent leurs objectifs et leur cause, les traitements, la flexibilité des horaires, le statut, etc.

3. Quel est, d'après vous, l'effet de votre travail sur votre vie à l'extérieur?

QUESTION :

Essayez de découvrir l'impact de leur travail sur leur vie avec leur conjoint, leurs enfants, les autres membres de leur famille, leurs amis, leurs collègues, les conjoints de leurs collègues, ainsi que leurs intérêts personnels et leurs activités (académiques ou récréatives) et leur santé.

Section III : Initiatives futures

1. À cette étape, je vais décrire certaines approches qui ont été mises en oeuvre en vue de résoudre le problème de l'insatisfaction des infirmières et des infirmiers à l'égard de leur travail, et j'aimerais recueillir vos opinions à leur sujet. Dites-moi si vous croyez que ces solutions donneraient de bons résultats dans les situations que vous connaissez et face aux gens que vous côtoyez, ou si vous pensez qu'elles pourraient être utiles à d'autres personnes.

   * Décrivez les programmes que vous trouverez dans les notes de réunions. Faites-en la lecture, un par un, et décrivez chacune de ces approches aux membres du groupe. Recueillez l'avis des participants sur chacune de ces solutions.

QUESTION :
Quels points positifs et négatifs les participants retiennent-ils au sujet de chaque approche? Est-ce qu'ils peuvent s'imaginer dans une telle situation? Ces approches leur permettraient-elles d'être plus satisfaits dans leur travail? Pourquoi? Pourquoi pas?

2. Avez-vous déjà participé à des expériences ou êtes-vous au courant de tentatives visant à améliorer la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers? Voudriez-vous nous en faire part?

QUESTION :
Demandez aux intervenants d'être précis et de mentionner l'établissement où ces programmes ont été mis en oeuvre ou leur source de renseignement.

3. Comme dernière question importante, j'aimerais vous demander ce que vous aimeriez qu'il soit fait au Nouveau-Brunswick en vue d'améliorer la qualité des conditions de travail des infirmières et des infirmiers. À votre avis, que devrait-on faire?

QUESTION :
Demandez aux participants d'être précis. Posez-leur des questions comme : Pouvez-vous élaborer davantage? Que feriez-vous de cette idée? Améliorerait-elle la situation de la façon suivante _____?

INTERVENTION FINALE

Notre séance est terminée. J'ai épuisé ma liste de questions et j'ai couvert les sujets que je voulais voir. J'aimerais vous donner une dernière occasion de soulever toute question qui vous paraît importante. Est-ce que quelqu'un veut faire un dernier commentaire? Avons-nous oublié un point important?

* Recueillez les derniers commentaires.

Je vous remercie beaucoup de votre aide. J'ai bien aimé travailler avec vous et nous avons mis à jour des choses fort intéressantes. Merci encore!

ANNEXE E
NOTES DE RÉUNION

NOTES DE RÉUNION

I MÉTHODES DE DOTATION INNOVATRICES

(i) Partage des tâches
(ii) Le plan Baylor

II MESURES EN VUE DE CRÉER UN MILIEU DE TRAVAIL STIMULANT

(i) Consultation entre les infirmières et infirmiers
(ii) Ateliers sur le stress
(iii) Infirmière clinicienne en psychiatrie
(iv) Salle de détente
(v) Programme d'échange
(vi) Programme pour les nouveaux diplômés
(vii) Installations de garderie
(viii) Congés
(ix) Évaluation de la performance

III PARTICIPATION AU PROCESSUS DÉCISIONNEL : COMMUNICATION

(i) Communications horizontales et verticales
(ii) Comité consultatif employés/gestionnaires
(iii) Publications de l'hôpital ou lettres aux employés
(iv) Programme de formation visant la "valorisation de soi"

IV TÂCHE INDÉPENDANTE ET ACCRUE DE L'INFIRMIÈRE OU DE L'INFIRMIER

(i) Notion des soins infirmiers primaires

V OCCASIONS DE PROMOTION

(i) Programme des niveaux de pratique (échelons cliniques)
(ii) Processus de sélection

VI PROGRAMME DE FORMATION DE BASE

NOTES DE RÉUNION - GENRES DE PROGRAMMES

I. MÉTHODES DE DOTATION INNOVATRICES

Il existe une multitude de méthodes de dotation innovatrices qui visent à améliorer la satisfaction et la permanence des infirmières et des infirmiers. Certaines mesures visent aussi à attirer les infirmières et les infirmiers dans les établissements de santé.

(i) PARTAGE DES POSTES

Cette méthode consiste à combler un poste à temps plein à l'aide de deux employés à temps partiel. Ces deux personnes partagent les responsabilités du poste et travaillent en permanence à temps partiel selon des rotations et des avantages fixés (par opposition aux employés occasionnels).

Lorsque l'on comble un poste partagé, les deux employés s'entendent sur la façon d'accomplir le travail et d'assumer le poste tout en s'assurant de deux quarts de travail par semaine. En d'autres termes, si l'un des deux partenaires ne veut travailler que les après-midi, et l'autre seulement les matinées, l'entente est acceptable. Les vacances de l'un des partenaires sont couvertes par l'autre qui travaille à plein temps. Si l'un des partenaires est malade, il appelle l'autre en premier lieu pour se faire remplacer. Si c'est impossible, l'hôpital s'occupe du remplacement.

(Référence : Dianne Doyle, directrice des services aux patients, Mount St Joseph Hospital, Vancouver ; Jean Stuart, directrice des services de nursing, University of B.C. Health Sciences Centre Hospital)

(ii) LE PLAN BAYLOR

Le plan Baylor donne la possibilité aux infirmières et aux infirmiers de signer un contrat avec leur employeur leur permettant de travailler selon une des formules suivantes :

(a) Du lundi au vendredi, au cours de la journée ; les infirmières travaillent 7,5 heures par jour, soit 37,5 heures par semaine (75 heures par deux semaines) et retirent des avantages sociaux et un salaire entiers.

ou

(b) Du lundi au vendredi, au cours de la soirée ou de la nuit ; ces infirmières travaillent trois quarts de 12 heures pendant une semaine, et deux quarts de 12 heures la deuxième semaine, soit 57,5 heures par deux semaines. Elles recoivent aussi des avantages sociaux et un salaire entiers.

ou

(c) Deux quarts de 12 heures au cours des fins de semaine (46 heures par deux semaines) ; ces infirmières recoivent aussi des avantages sociaux et un salaire entiers.

Les infirmières signent un contrat avec leur employeur selon l'une de ces formules, lequel sera applicable pendant une certaine période de temps (par exemple de 1 à 2 ans). À la fin du contrat, elle peut le renouveler ou adopter une nouvelle formule selon la disponibilité des quarts.

II. MESURES VISANT À CRÉER UN MILIEU DE TRAVAIL STIMULANT

Un certain de nombres de mesures ont été mises en oeuvre en vue d'améliorer le milieu de travail des infirmières et des infirmiers :

(i) CONSULTATION ENTRE LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS

Ce programme est géré par un expert-conseil engagé à temps plein avec l'aide d'infirmières d'une unité psychiatrique. Parmi les services offerts, on note des consultations avec le personnel et les gestionnaires, des groupes de soutien pour les employés expérimentés et les nouveaux diplômés, des interventions au cours des périodes de stress aigüs, des activités de médiation en cas de conflits entre les infirmières et infirmiers, les médecins et les gestionnaires ainsi que l'éducation à la gestion du stress. L'expert-conseil organise des réunions bimensuelles des groupes de soutien dans les diverses unités. Ces groupes permettent aux infirmières et aux infirmiers d'exprimer leur frustration à l'égard de leur travail, ils améliorent les efforts d'introspection et ils facilitent le développement des aptitudes à résoudre les problèmes et à acquérir le soutien des pairs dans les situations de pressions communes. L'expert-conseil peut aussi être utilisé par une unité ou par l'hôpital dans les périodes de stress.

(ii) ATELIERS SUR LE STRESS :

On peut mettre sur pied une série d'ateliers dirigés par une personne objective afin de permettre aux infirmières et aux infirmiers de formuler leurs préoccupations, leur anxiété, leur colère et leur satisfaction à l'égard de certains aspects de leur travail. En outre, on peut fournir aux participants de la documentation les aidant à dépister le stress lié au travail. On leur enseigne aussi à utiliser le stress créativement au moyen d'activités comme la gestion du temps, les techniques de relaxation, le régime alimentaire et l'exercice.
Les techniques de relaxation et les autres méthodes de réduction du stress comme la méditation, la visualisation et les touchers thérapeutiques peuvent être enseignées au cours de ces ateliers.

(Burnaby Hospital, CB, Mary Preissl, tél. : 980-9567)

(iii) INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN PSYCHIATRIE

Certains hôpitaux emploient les services d'une infirmière clinicienne en psychiatrie qui évalue les besoins psycho-sociaux des patients "difficiles" et qui favorise le développement des aptitudes aux communications, améliore les relations interpersonnelles chez les employés et planifie des méthodes de soins efficaces. Ces objectifs sont atteints par l'entremise de conférences sur les soins infirmiers, au cours desquelles les employés et l'infirmière clinicienne se rencontrent pendant une heure en vue de partager des impressions. On résout les problèmes de façon créative et on intègre les solutions au plan de soins quotidiens. L'objectif principal du travail de l'infirmière clinicienne vise à enseigner au personnel à réagir positivement aux aspects psycho-sociaux des soins apportés aux patients et à prendre des initiatives en vue d'améliorer les relations interpersonnelles dans leur vie quotidienne au travail. L'infirmière clinicienne peut aussi se pencher sur le travail en équipe.

(Pacific Presbyterian Hospital, San Francisco)

(iv) SALLE DE DÉTENTE

L'établissement fournit une pièce dans laquelle les employés peuvent exprimer leurs sentiments à la suite d'un quart difficile avant de retourner chez eux. De cette façon, l'infirmière ou l'infirmier peut se décharger de sa colère ou de sa frustration avant de rentrer chez lui. L'hôpital fournit un endroit où l'on peut s'asseoir pour prendre un café ou un léger goûter à la fin d'une journée particulièrement difficile. La salle de détente est placée sous la responsabilité d'une infirmière qui fait partie d'un comité de travail. Le comité organise aussi des rencontres mensuelles du genre "vin et fromage" à l'intention du personnel infirmier et des gestionnaires de l'hôpital.

(v) PROGRAMME D'ÉCHANGE

Ce programme vise à permettre aux infirmières et infirmiers de conserver leur poste au sein d'une unité qu'ils aiment tout en leur fournissant l'occasion de tenir à jour leurs connaissances et leurs aptitudes dans d'autres domaines de la pratique et de rompre la routine de leur travail. Il permet aux employés intéressés de passer d'une unité à l'autre selon les besoins et les diverses charges de travail. Dans le cadre de ce programme, une infirmière ou un infirmier peut demander de travailler au sein d'une unité différente au cours d'une période allant de trois à six mois.

Une autre personne de cette unité ou d'une unité différente prend alors la place de l'infirmière ou l'infirmier qui participe au programme.

(vi) PROGRAMME POUR LES NOUVEAUX DIPLÔMÉS

On peut faire suivre aux nouveaux diplômés un programme d'orientation dans tout l'hôpital couvrant une période de six mois afin de leur permettre d'acquérir une meilleure idée du travail qu'ils auront à accomplir et de se familiariser avec les décisions importantes qu'ils auront à prendre. On peut leur fournir un tuteur dans chacune des unités au sein desquelles ils travailleront au cours de cette période de rotation de même que dans l'unité où ils seront affectés de façon permanente. En outre, on peut leur offrir un groupe de soutien de sorte à les aider à faire face à la réalité du travail.

(vii) INSTALLATIONS DE GARDERIE

On met sur pied une garderie fonctionnant cinq jours par semaine dans le milieu de travail des infirmières et des infirmiers. Le conseil d'administration de la garderie est composé des parents qui ont recours au service.

(viii) CONGÉS

(a) Certains établissements ont mis sur pied des programmes permettant aux employés de bénéficier de trois semaines de vacances payées au cours des mois d'été (de mai à octobre), ou de quatre semaines au cours des mois d'hiver (d'octobre à mai).

(b) Certains établissements offrent aussi à leurs employés la possibilité de prendre un congé sabbatique après cinq ou six ans d'emploi afin de leur permettre d'exercer d'autres activités pendant un an. Ce congé sans solde peut être utilisé pour étudier, voyager, se reposer ou développer de nouveaux intérêts, faire des travaux communautaires ou rester auprès de la famille.

(c) Des établissments permettent de prolonger les congés de maternité pendant une période d'un an (sans traitement) à la fin de la période d'absence normale si l'infirmière ne désire pas retourner au travail tout de suite après la naissance de son enfant.

(ix) ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

À la suite d'une description claire des tâches qui sont assignées à l'infirmière, de son rôle, de ses responsabilités et de son niveau d'autorité ainsi que des critères de soins infirmiers, l'employé reçoit une évaluation régulière de sa performance sous forme d'une révision effectuée par ses pairs ou par son surveillant immédiat. Les facteurs positifs sont identifiés, de même que ceux qui devraient être améliorés. On définit des façons d'améliorer le travail de la personne concernée (le cas échéant). Ces évaluations de la performance sont effectuées au moins une fois par an.

III. PARTICIPATION AU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISIONS : COMMUNICATION

(i) COMMUNICATIONS HORIZONTALES ET VERTICALES

Aux fins de ce processus, les gestionnaires se rencontrent afin d'identifier les questions qui sont importantes aux yeux du personnel et ils élaborent un message écrit à ce sujet. Chaque gestionnaire dirige ensuite une rencontre avec les surveillants qui lui sont subordonnés. Au cours de celle-ci, on discute du message de façon approfondie et les surveillants suivent le déroulement des discussions qu'ils auront avec leurs employés quand ils distribueront le message. On s'attend ensuite à ce que chaque surveillant communique le message au cours de rencontres ou au moyen de conversations avec le personnel. Enfin, on organise de courtes réunions dirigées par les gestionnaires afin d'évaluer les réactions des employés et d'identifier les nouveaux sujets de discussion. Ceux-ci sont soumis aux gestionnaires supérieurs au cours des rencontres de préparation et de discussion des prochains messages.

(ii) COMITÉS CONSULTATIFS EMPLOYÉS/GESTIONNAIRES

Des comités consultatifs employés/gestionnaires composés de représentants du personnel et des surveillants choisis par les dirigeants des soins infirmiers peuvent constituer des véhicules utiles pour transmettre les préoccupations des employés aux dirigeants, communiquer au personnel les messages de la direction, recueillir des opinions au sujet de changements nécessaires ou proposés (comme les moyens de réduire les coûts) et étudier les messages que l'administration envisage de communiquer au personnel.

(iii) PUBLICATIONS DE L'HÔPITAL OU LETTRES AUX EMPLOYÉS

Grâce à une publication envoyée aux employés, l'administration fait part des raisons qui sous-tendent ses décisions ainsi que le plan d'action qu'elle envisage d'adopter. Les administrateurs montrent qu'ils sont au courant des conditions réelles du milieu de travail et du fait que leurs décisions sont basées sur la réalité quotidienne des unités. On effectue des sondages périodiques auprès des employés afin de recueillir leurs préoccupations et d'y donner suite.

(iv) PROGRAME DE FORMATION À LA PRISE DE DÉCISIONS

On organise, à l'intention des gestionnaires et des infirmières généralistes, une série d'ateliers comprenant des exercices sur papier et des situations simulées afin de les aider à agir avec confiance lorsqu'ils communiquent leurs désirs et leurs besoins ainsi que ceux de leurs patients ou des infirmières et des infirmiers qu'ils représentent.

IV. TÂCHE INDÉPENDANTE ET ACCRUE DE L'INFIRMIÈRE OU L'INFIRMIER

(i) NOTION DE SOINS INFIRMIERS PRIMAIRES

La notion de soins primaires confie à l'infirmière ou l'infirmier la responsabilité de sa pratique et lui permet d'évoluer dans un système où la prise de décisions est décentralisée.

La responsabilité est axée sur quatre principes élémentaires dans ce modèle de soins infirmiers :

1. Une infirmière assume la responsabilité et la prise de décisions pendant 24 heures pour plusieurs patients (elle décide de la façon dont les soins seront fournis à son groupe de patients, 24 heures par jour et 7 jours par semaine)

2. Affectation par cas. La répartition quotidienne des soins à fournir aux patients est axée sur les besoins de ceux-ci ainsi que sur l'habileté des employés disponibles, et non sur les chambres occupées.

3. Communication directe entre les responsables des soins. On met en place un lien de communication direct entre une infirmière d'un quart et celle du quart suivant, et entre l'infirmière et d'autres responsables des soins.

4. Rôle de l'infirmière en chef. L'infirmière en chef joue un rôle crucial à la direction de son unité à titre de communicatrice, de clinicienne et de personne-ressource auprès des employés ; elle planifie, met en oeuvre et évalue les soins fournis aux patients. Elle joue le rôle de surveillante de la qualité de l'unité.

Dans certaines institutions (Sunnybrook Medical Centre, Toronto, Donna Crinklaw Wiancko), les départements des soins infirmiers incitent le personnel à constituer un comité qui représente tous les niveaux des employés. Ce comité élu, connu sous le nom de comité des soins infirmiers primaires, décide de la mise en oeuvre de ces soins dans chaque unité. L'infirmière clinicienne de l'unité joue le rôle de personne-ressource auprès du comité ainsi que du personnel de l'unité.

V. OCCASIONS DE PROMOTION

(i) PROGRAMME DES NIVEAUX DE PRATIQUE (ÉCHELONS CLINIQUES)

Ce programme offre aux infirmières et aux infirmiers l'occasion de bénéficier de promotions dans le cadre d'échelons de carrière établis qui tiennent compte du bagage éducatif ainsi que de l'expérience.

(ii) PROCESSUS DE SÉLECTION

Les descriptions de tâches reliées précisément à l'emploi sont à la base de ce modèle. La description de tâches tient compte des aptitudes pertinentes à l'unité à laquelle elle s'applique. Elle comprend aussi des tâches routinières ainsi que les autres aptitudes essentielles à la prestation de soins efficaces. Le niveau de préparation requis (maîtrise, baccalauréat ou diplôme de deux ans) est aussi indiqué. L'offre d'emploi mentionne la spécialité et on réalise des entrevues afin de choisir le meilleur candidat.

VI. PROGRAMME DE FORMATION DE BASE

ANNEXE F

MÉMOIRE SUR LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS, LE SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

EXPOSÉ CONCERNANT

LA QUALITÉ DE LA VIE PROFESSIONNELLE

PRÉSENTÉ PAR

LE SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

AU

GROUPE DPA INC.

LE 3 JUIN 1988

TABLE DES MATIÈRES

I. BUT

II. INTRODUCTION

III. DÉFINITION DE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES

IV. QUESTIONS CONCERNANT LES INFIRMIÈRES

V. CHANGEMENTS RECOMMANDÉS
- *RÉMUNÉRATION
- *PERSONNEL DE SOUTIEN
- *STIMULANTS
- *RELATIONS DE TRAVAIL

VI. CONCLUSION

BUT :

LE BUT DU PRÉSENT DOCUMENT EST D'IDENTIFIER DANS UN CADRE GÉNÉRAL LES FACTEURS PROPRES À L'EMPLOI DES INFIRMIÈRES QUI ONT RENDU LA VIE PROFESSIONNELLES DE CELLE-CI INTOLÉRABLE. CES CONDITIONS INTOLÉRABLES ONT CRÉÉ LA SITUATION QU'ON APPELLE COMMODÉMENT "PÉNURIE D'INFIRMIÈRES".

C'EST JUSTEMENT CETTE PÉNURIE ET LES DILEMMES COMPLEXES QUI L'AGGRAVENT QUE NOUS VOULONS ÉTUDIER DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.

CE MÉMOIRE, ET LES DISCUSSIONS QUI EN DÉCOULERONT, RÉSUMERONT LES PERSPECTIVES ET LES OBJECTIFS DES INFIRMIÈRES DE LA PROVINCE QUI DISPENSENT DES SOINS DIRECTS.

UN DES OBJECTIFS EST DE PRÉSENTER DES RECOMMANDATIONS AU SUJET DE CE QU'IL FAUT FAIRE, NON SEULEMENT POUR METTRE FIN À LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES PERÇUE, MAIS AUSSI POUR AMÉLIORER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES DE MOINS EN MOINS D'INFIRMIÈRES ACCEPTENT DE TRAVAILLER.

INTRODUCTION:

LORS DE LA SÉANCE D'INITIATION QUI SE TENAIT LE 5 MAI 1988 DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE CONFIÉE PAR LE COMITÉ CONSULTATIF DES RESSOURCES INFIRMIÈRES AU GROUPE DPA INC., LE SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK (SIINB) AINSI QUE D'AUTRES ORGANISMES S'INTÉRESSANT AU PROJET, ONT ÉTÉ AVISÉS PAR UN REPRÉSENTANT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DES ATTRIBUTIONS DE CE PROJET. SON OBJECTIF, SELON LA DÉFINITION PRÉSENTÉE AU SIINB, EST DE DONNER AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES, DES CONSEILS SUR LES QUESTIONS AUXQUELLES FONT FACE LES INFIRMIÈRES TRAVAILLANT DANS LES DIFFÉRENTS SECTEURS DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ, ET DE PROPOSER DES SOLUTIONS À CES PROBLÈMES.

LE SIINB REPRÉSENTE 5 000 INFIRMIÈRES IMMATRICULÉES QUI TRAVAILLENT DANS DES HÔPITAUX ET DANS DES CENTRES DE SANTÉ RÉGIONAUX; DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE; ET DANS 14 DES FOYERS DE SOINS AGRÉÉS DANS LA PROVINCE. LE SYNDICAT REPRÉSENTE ÉGALEMENT LES INSTRUCTEURS DE SOINS INFIRMIERS AUX ÉCOLES DE FORMATION AU NIVEAU DU DIPLÔME AINSI QUE LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES IMMATRICULÉS AU FOYER DE SOINS DE LONGUE DURÉE MOUNT ST. JOSEPH À CHATHAM.

LA QUALITÉ DE LA VIE PROFESSIONNELLE DE NOS MEMBRES ET LA PROMOTION DE NORMES PROFESSIONNELLES ÉLEVÉES ET LA PRESTATION DE SOINS DE QUALITÉ SONT DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DE NOTRE ORGANISME. LA CONSTITUTION ET LE RÈGLEMENT DU SIINB STIPULENT CE QUI SUIT:

> L'OBJECTIF DU SIINB SERA L'AVANCEMENT DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, ÉCONOMIQUE ET GÉNÉRAL DE SES MEMBRES ET DES MEMBRES POTENTIELS, INCLUANT DE FAÇON SPÉCIALE LES OBJECTIFS SUIVANTS:
>
> A) LA RÉGLEMENTATION DES RELATIONS DE TRAVAIL ENTRE SES MEMBRES ET LEURS EMPLOYEURS, Y COMPRIS PLUS PARTICULIÈREMENT LA NÉGOCIATION ET L'APPLICATION D'ENTENTES COLLECTIVES ENTRE EUX.
>
> B) LA PROMOTION DE NORMES PROFESSIONNELLES ÉLEVÉES DANS L'EXERCICE DE LA PROFESSION ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL APPROPRIÉES EN VUE D'OBTENIR LES MEILLEURS SOINS POSSIBLE POUR LES PATIENTS.
>
> C) L'ORGANISATION ET LE RECRUTEMENT DE NOUVEAUX MEMBRES.

D) L'INFLUENCE DE MESURES LÉGISLATIVES DESTINÉES À SAUVEGARDER LES DROITS DE SES MEMBRES ET LE PUBLIC EN GÉNÉRAL.

E) L'ENCOURAGEMENT DE LA COLLABORATION AVEC LES DOMAINES ET ORGANISMES CONNEXES.

F) L'ENCOURAGEMENT DE L'ÉDUCATION DE SES MEMBRES DE FAÇON JUGÉE APPROPRIÉE POUR ATTEINDRE CES OBJECTIFS.

LE SIINB PARLE AU NOM DE SES MEMBRES.

UN DES OBJECTIFS DES EFFORTS POURSUIVIS PAR LE SIINB QUI CONSISTENT À REMPLIR SON MANDAT EST DE PROTÉGER ET D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA VIE PROFESSIONNELLE DE SES MEMBRES, ET D'ACCROÎTRE LA SENSIBILISATION AUX ATTITUDES ET AUX PERCEPTIONS D'INFIRMIÈRES DE CHEVET. AUCUN AUTRE ORGANISME NE PEUT PRÉTENDRE COMPRENDRE ET REPRÉSENTER LES INFIRMIÈRES DE SERVICE GÉNÉRAL SELON CETTE PERSPECTIVE.

AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, LES INFIRMIÈRES DE LA PROVINCE ONT PLUS QUE JAMAIS SOUMIS AU SYNDICAT, PAR L'ENTREMISE DE SON QUESTIONNAIRE "NOUS ATTENDONS DE VOS NOUVELLES", LEURS PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT LA DÉTÉRIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LEUR VIE PROFESSIONNELLE, AINSI QUE CONCERNANT L'EFFET DE CETTE SITUATION SUR LES SOINS AUX PATIENTS. [1] CETTE ENQUÊTE A PERMIS D'OBTENIR DES DONNÉES DES INFIRMIÈRES TRAVAILLANT DANS LES HÔPITAUX AU MOIS DE MAI DE CETTE ANNÉE.

LES INFIRMIÈRES QUI TRAVAILLENT DIRECTEMENT AUPRÈS DES MALADES DANS CETTE PROVINCE S'INQUIÈTENT DE PLUS EN PLUS DE LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS AU CONSOMMATEUR DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ. NOUS SAVONS QUE C'EST À NOUS QUE REVIENT LA TÂCHE EN BONNE PARTIE DE NOUS ASSURER QUE LES RÉSIDENTS DE CETTE PROVINCE REÇOIVENT LES MEILLEURS SOINS POSSIBLE 24 HEURES PAR JOUR. LES MEMBRES DU SIINB ESTIMENT QU'IL FAUT TENIR COMPTE DE SÉRIEUX FACTEURS DANS CETTE PROVINCE POUR CONSERVER LE NIVEAU DE SERVICES EXIGÉ ET SOUHAITÉ PAR LES CONSOMMATEURS DES SOINS DE SANTÉ DE LA PROVINCE.

---

1) QUESTIONNAIRE DE 16 PAGES ENVOYÉ EN AVRIL 1988 AUX 3700 INFIRMIÈRES EMBAUCHÉES DANS LES HÔPITAUX DE LA PROVINCE.

ON NOUS DIT QUE LES INFIRMIÈRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK SONT GÉNÉRALEMENT INSATISFAITES DE LEUR SORT. ELLES SONT DE PLUS EN PLUS DÉCOURAGÉES FACE À LA DÉTÉRIORATION DE LEURS CONDITIONS DE TRAVAIL, DE LEUR RÉMUNÉRATION INADÉQUATE, COMPTE TENU DES RESPONSABILITÉS QU'ELLES DOIVENT ASSUMER CHAQUE RELAIS, ET DU MANQUE TOTAL DE SOUTIEN ET DE RESPECT POUR LEURS EFFORTS, DE LA PART DE LEURS EMPLOYEURS ET D'AUTRES INTERVENANTS DE L'ORGANISATION DE SOINS DE SANTÉ.

ON RÉAGIT DE PLUS EN PLUS AVEC RESSENTIMENT À L'ATTITUDE CONDESCENDANTE VIS-À-VIS DES INFIRMIÈRES DE SERVICE GÉNÉRAL. ELLES SAVENT QU'ELLES CONSTITUENT UNE PARTIE ESSENTIELLE DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ DANS LA PROVINCE; POURTANT, LEUR PARTICIPATION EST LARGEMENT OUBLIÉE.

CETTE ATTITUDE CONDESCENDANTE NE SE LIMITE PAS À UN PALIER EN PARTICULIER DE LA HIÉRARCHIE QUE L'INFIRMIÈRE DE SERVICE GÉNÉRAL AFFRONTE, MAIS ELLE EST ÉVIDENTE À TOUS LES NIVEAUX ET ENCORE RÉCEMMENT, ELLE A ÉTÉ DÉMONTRÉE PAR LE MANQUE DE REPRÉSENTATION DES INFIRMIÈRES SYNDIQUÉES AU SEIN DU COMITÉ CONSULTATIF DES RESSOURCES INFIRMIÈRES.

VOICI D'AUTRES EXEMPLES DE CETTE ATTITUDE:

- LA CRÉDIBILITÉ AMOINDRIE DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS DÉMONTRÉE PAR LE REFUS DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS DE LIBÉRER LES INFIRMIÈRES POUR :
  - (i) POURSUIVRE LEUR FORMATION
  - (ii) ASSISTER À L'ASSEMBLÉE ANNUELLE DES ORGANISMES D'IMMATRICULATION
  - (iii) POSSIBILITÉ DE PARTICIPER À CE PROJET
- L'ÉCHEC DU COMITÉ D'EXERCICE DE LA PROFESSION
- LE MANQUE D'APPUI À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE DOCUMENTATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL.

NOUS PENSONS QU'IL FAUT IDENTIFIER LES FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À LA SITUATION PRÉCAIRE DE L'OFFRE D'INFIRMIÈRES AVANT DE CONSACRER DES EFFORTS ET DES RESSOURCES INEFFICACES À LA RÉSOLUTION DU PROBLÈME. ON NE COMPREND PAS POURQUOI LA PROFESSION INFIRMIÈRE N'A PAS RÉUSSI À ASSURER UNE OFFRE ADÉQUATE D'INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES QUALIFIÉES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS INFIRMIERS DE LA PROVINCE; UNE RÉACTION HÂTIVE SANS PLANIFICATION STRATÉGIQUE EFFICACE N'OFFRIRA PAS UNE SOLUTION À LONG TERME.

DÉFINITION DE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES

L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK TRAVERSE UNE CRISE.

EXISTE-T-IL UNE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES? CETTE EXPRESSION EST-ELLE UTILISÉE POUR DISSIMULER LES VÉRITABLES PROBLÈMES QUI INCITENT LES INFIRMIÈRES À QUITTER LA PROFESSION ET QUI CRÉENT UN TAUX DE ROULEMENT ÉLEVÉ OU LES OBLIGENT À TRAVAILLER SEULEMENT À TEMPS PARTIEL OU SUR UNE BASE OCCASIONNELLE?

BON NOMBRE D'INFIRMIÈRES NE TRAVAILLENT PAS POUR DIVERSES RAISONS. TOUTEFOIS, EN QUALIFIANT LE PROBLÈME DE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES, IL SE PEUT QUE NOUS ESSAYIONS D'ÉVITER DE REGARDER LES VÉRITABLES RAISONS EXPLIQUANT LE MANQUE D'INFIRMIÈRES. NON SEULEMENT LES PROBLÈMES DE SOINS INFIRMIERS SONT-ILS OUBLIÉS, MAIS LES INFIRMIÈRES SERONT VUES COMME DES BOUCS ÉMISSAIRES.

NOUS AVONS APPRIS DE NOS MEMBRES, PAR L'ENTREMISE DU QUESTIONNAIRE MENTIONNÉ PRÉCÉDEMMENT, QUE LA SITUATION EST BEAUCOUP PLUS COMPLEXE. ELLE NE SE RÉSUME PAS UNIQUEMENT AUX FACTEURS SUIVANTS :

* UN MANQUE D'INFIRMIÈRES IMMATRICULÉES POUR COMBLER LES POSTES VACANTS, OU
* LES INFIRMIÈRES SONT PARTIES POUR DES CONDITIONS MEILLEURES, VERS D'AUTRES EMPLOIS DANS LA PROFESSION INFIRMIÈRE; ELLES SONT PARTIES VERS D'AUTRES PROVINCES OU ÉTATS OU ONT ACCEPTÉ DES EMPLOIS À L'EXTÉRIEUR DE LA PROFESSION.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ ONT DE LA DIFFICULTÉ À COMBLER LES POSTES VACANTS ET IL EST ÉVIDENT QUE CERTAINES INFIRMIÈRES QUITTENT LA PROFESSION. NÉANMOINS, LE NOMBRE DE POSTES D'INFIRMIÈRE A AUGMENTÉ AU COURS D'UN CERTAIN NOMBRE D'ANNÉES, COMME L'INDIQUE L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE MEMBRES DU SYNDICAT.

EN 1985, L'UNITÉ DE NÉGOCIATION SYNDICALE DES HÔPITAUX COMPTAIT 3 400 INFIRMIÈRES IMMATRICULÉES. AUJOURD'HUI, CE CHIFFRE A AUGMENTÉ À PLUS DE 3 800 INFIRMIÈRES.

CETTE SITUATION EST UNE CONTRADICTION PAR RAPPORT AU DILEMME AUQUEL L'ORGANISATION DE SOINS SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK FAIT FACE AUJOURD'HUI. CE N'EST PAS NÉCESSAIREMENT QUE TROP PEU D'INFIRMIÈRES SOIENT DISPONIBLES POUR COMBLER LES POSTES VACANTS - C'EST QUE TROP PEU D'INFIRMIÈRES CHOISISSENT DE TRAVAILLER DANS CES POSTES. LORSQU'ON LEUR A DEMANDÉ SI ELLES ONT ENVISAGÉ UNE CARRIÈRE AUTRE QUE LA PROFESSION INFIRMIÈRE, 64 % (1212) ONT AFFIRMÉ QU'ELLES AVAIENT ENVISAGÉ D'AUTRES CARRIÈRES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES.

LE RÉSULTAT FINAL, C'EST QUE LA PROFESSION EST DEVENUE INTOLÉRABLE POUR UN BON NOMBRE D'INFIRMIÈRES. LA POSSIBILITÉ DE DISPENSER DES SOINS A PRESQUE DISPARU, ET BON NOMBRE D'INFIRMIÈRES REFUSENT DE TRAVAILLER DANS DES CONDITIONS DE PLUS EN PLUS INTOLÉRABLES QUI NE LEUR PERMETTENT PAS DE DONNER AUX PATIENTS TOUS LES SOINS DONT ILS ONT BESOIN ET QU'ILS MÉRITENT. LA PROFESSION INFIRMIÈRE COMME ELLES L'ONT DÉJÀ CONNUE N'EXISTE PLUS.

QUESTIONS CONCERNANT LES INFIRMIÈRES

LES INFIRMIÈRES DOIVENT TRAVAILLER DANS DES CONDITIONS DE TRAVAIL QUI RÉDUISENT GRANDEMENT LA QUANTITÉ DE SOINS DIRECTS DE QUALITÉ QU'ELLES PEUVENT DISPENSER À LEURS PATIENTS. CES CONDITIONS SONT LES SUIVANTES :

* TROP PEU DE PERSONNEL DE SOUTIEN - 99 % (990) ONT AFFIRMÉ QU'ELLES AVAIENT TRAVAILLÉ PENDANT UN RELAIS SANS UNE AUTRE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE OU UN AUTRE MEMBRE DU PERSONNEL.

* NOMBRE DE PATIENTS TROP ÉLEVÉ - 85,5 % (1589) ONT RÉVÉLÉ QUE LA CHARGE DE TRAVAIL DANS LEUR DOMAINE AVAIT AUGMENTÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES.
* MAUVAISE HORAIRE DE TRAVAIL - 80 % (1394) ONT RÉVÉLÉ QUE L'AMÉLIORATION DES HORAIRES DE TRAVAIL ÉTAIT UNE PRIORITÉ POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL.

CES CONDITIONS FRUSTRANTES, ET D'AUTRES CONDITIONS DE TRAVAIL AUSSI FRUSTRANTES, COMME LE MANQUE DE RECONNAISSANCE, LE MANQUE D'APPUI DE LA PART DE L'EMPLOYEUR EN VUE DE LA POURSUITE DE LA FORMATION, LE PEU DE MOT À DIRE DANS LA GESTION DES SOINS DE SANTÉ - ONT CRÉÉ UNE CRISE POUR LES INFIRMIÈRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK ET LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ EN GÉNÉRAL. LES COMMENTAIRES FOURNIS EN RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DÉMONTRENT JUSQU'À QUEL POINT LA SITUATION EST CRITIQUE :

- "SI LA SITUATION NE S'AMÉLIORE PAS BIENTÔT, JE NE SAIS PAS COMBIEN DE TEMPS JE POURRAI DURER"
- "CHAQUE RELAIS, JE ME DEMANDE POURQUOI JE FAIS CELA"
- "ON VEUT QU'ON SOIT BIEN INSTRUITE MAIS ON NE NOUS PERMET MÊME PAS D'ÉCHANGER DES RELAIS POUR ÉCRIRE NOS EXAMENS".

POUR LES INFIRMIÈRES, ON A ATTEINT UN POINT DE RUPTURE, ET UN NOMBRE DE PLUS EN PLUS GRAND D'ENTRE ELLES CHOISISSENT D'AUTRES SOLUTIONS. BIEN QUE CERTAINES INFIRMIÈRES AIENT QUITTÉ LA PROFESSION INFIRMIÈRE EN GÉNÉRAL, LA PLUPART ONT CHOISI D'Y RESTER - AU MOINS POUR LE MOMENT. CERTAINES ONT QUITTÉ LES HÔPITAUX POUR ACCÉDER À D'AUTRES POSTES D'INFIRMIÈRE DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ. BON NOMBRE SONT RESTÉES AU SEIN DU PERSONNEL DES HÔPITAUX MAIS TRAVAILLENT PLUTÔT À TEMPS PARTIEL OU À TITRE OCCASIONNEL.

LES INFIRMIÈRES QUI S'ADAPTENT AU MILIEU DE TRAVAIL AU SEIN DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE PEUVENT SOUVENT AVOIR PLUS DE CONTRÔLE SUR LEUR VIE PROFESSIONNELLE, MAIS

LE PROBLÈME SOUS-JACENT N'EST TOUJOURS PAS RÉGLÉ. LES EMPLOYEURS SONT DONC AUX PRISES AVEC UN NOMBRE D'INFIRMIÈRES MOINS ÉLEVÉ POUR LES POSTES À TEMPS PLEIN. LA RÉALITÉ CRUELLE DE TOUTE CETTE SITUATION EST LA PRESTATION DE SOINS AUX PATIENTS DE MOINS BONNE QUALITÉ.

LE SERVICE DE SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK EST CHANCEUX D'AVOIR DES PERSONNES TRÈS PROFESSIONNELLES ET TRÈS COMPRÉHENSIVES QUI SOUHAITENT CONTRIBUER AU BIEN-ÊTRE DES MALADES, MAIS QUI SONT SOUVENT FRUSTRÉES PARCE QU'ON NE LEUR PERMET PAS D'EFFECTUER LEUR TRAVAIL AUSSI BIEN QU'ELLES LE VOUDRAIENT, ET QU'ELLES DOIVENT SUPPORTER DES CONDITIONS D'EMPLOI DE PLUS EN PLUS INTOLÉRABLES. L'ESSENCE MÊME DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE, LA COMMUNICATION, LES SOINS, L'AIDE DISPENSÉE GÉNÉRALEMENT AUX GENS, N'EST PAS PERMISE DANS LES CONDITIONS DE TRAVAIL ACTUELLES.

LORS DE RENCONTRES AVEC SES MEMBRES AUX ASSEMBLÉES ANNUELLES, AUX ASSEMBLÉES DES SECTIONS LOCALES ET LORS DES RENCONTRES AVEC LES PRÉSIDENTES DES SECTIONS LOCALES, LE SYNDICAT EST DEVENU DE PLUS EN PLUS SENSIBLE AUX FRUSTRATIONS ET À L'INSATISFACTION QUE RESSENTENT LES MEMBRES EN GÉNÉRAL, CE QUI DÉPASSE DE BEAUCOUP LES AVANTAGES PRÉCIS QUE LEUR EMPLOI PEUT LEUR PROCURER.

VOICI LES PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS :

* ON N'EMBAUCHE PAS SUFFISAMMENT D'INFIRMIÈRES POUR LA CHARGE DE TRAVAIL. (85 %) (1 589 INFIRMIÈRES) DES INFIRMIÈRES AYANT INDIQUÉ QUE LEUR CHARGE DE TRAVAIL AVAIT AUGMENTÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, 77 % (1412 INFIRMIÈRES) ONT RÉVÉLÉ QU'AU COURS DE LA MÊME PÉRIODE DE DEUX ANS, L'EFFECTIF DANS LEUR DOMAINE AVAIT DIMINUÉ (29 %) (533 INFIRMIÈRES) OU ÉTAIT DEMEURÉ AU MÊME NIVEAU (48 %) (879 INFIRMIÈRES).
* LES INFIRMIÈRES DOIVENT FAIRE FACE À TROP DE STRESS.
* LES INFIRMIÈRES DOIVENT SOUVENT ACCOMPLIR DES TRAVAUX NON RELIÉS À LA PROFESSION INFIRMIÈRE, TELS QUE LES TRAVAUX DE SOUTIEN ET LES TRAVAUX

D'ENTRETIEN MÉNAGER.

* LES INFIRMIÈRES N'ONT PAS LE TEMPS DE DISPENSER DES SOINS DE QUALITÉ À LEURS PATIENTS.
* LORSQU'IL SURGIT DES PROBLÈMES, UNE INFIRMIÈRE PEUT ÊTRE RESPONSABLE SANS AVOIR UN SYSTÈME DE SOUTIEN.
* LES INFIRMIÈRES DOIVENT FAIRE FACE À TROP D'INGÉRENCE ADMINISTRATIVE ET BUREAUCRATIQUE DANS LEUR EMPLOI.
* LES INFIRMIÈRES DE SERVICE GÉNÉRAL NE PEUVENT PAS FAIRE CONNAÎTRE LEURS OPINIONS SUR LA FAÇON DONT LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ EST ADMINISTRÉ. (82 % (1 388 INFIRMIÈRES) ONT RÉVÉLÉ QU'IL FALLAIT AMÉLIORER LES VOIES DE COMMUNICATION AU SEIN DU MILIEU DE TRAVAIL PAR L'ENTREMISE DES COMITÉS D'EXERCICE DE LA PROFESSION).
* LES INFIRMIÈRES ITINÉRANTES, QUI TRAVAILLENT DANS DES SERVICES SANS INITIATION, OU QUI TRAVAILLENT AVEC DES INFIRMIÈRES SANS INITIATION EST DEVENU LA RÈGLE, NON PAS L'EXCEPTION. (83 % (1393 INFIRMIÈRES) ONT INDIQUÉ QU'UNE MEILLEURE INITIATION ÉTAIT UNE PRIORITÉ POUR LEUR VIE PROFESSIONNELLE). IL Y A TRÈS PEU DE DOMAINES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS ACTIFS OÙ UNE INFIRMIÈRE SANS EXPÉRIENCE DANS LE DOMAINE PEUT FONCTIONNER SÉCURITAIREMENT ET AVEC COMPÉTENCE. POURTANT, CELA SE PRODUIT CHAQUE RELAIS DANS CHAQUE SERVICE.
* LES ADMINISTRATRICES INFIRMIÈRES SONT SOUVENT INATTENTIVES AUX BESOINS DES INFIRMIÈRES EN MATIÈRE DE FORMATION.

RÉMUNÉRATION INADÉQUATE.

* LES INFIRMIÈRES NE SONT PAS RÉMUNÉRÉES SUFFISAMMENT POUR UN EMPLOI QUI COMPORTE AUTANT DE RESPONSABILITÉS QUE LA PROFESSION INFIRMIÈRE. 173

INFIRMIÈRES ONT RÉVÉLÉ QU'ELLES AVAIENT REÇU DES PRESTATIONS DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, ET 52 INFIRMIÈRES ONT REÇU DES PRESTATIONS POUR INCAPACITÉ DE LONGUE DURÉE.

* LES SALAIRES DES INFIRMIÈRES SONT RELATIVEMENT FAIBLES COMPARATIVEMENT AUX AUTRES PROFESSIONS. (ENSEIGNANTS, MÉDECINS, INGÉNIEURS).
* L'EXCELLENCE N'EST PAS RÉCOMPENSÉE FINANCIÈREMENT.
* LE SERVICE DE LONGUE DURÉE N'EST PAS RÉCOMPENSÉ, PUISQUE LA GRILLE DE SALAIRES ARRÊTE APRÈS SIX ANS DE SERVICE. (77 % (1 466 INFIRMIÈRES) DES INFIRMIÈRES QUI TRAVAILLENT ONT RÉVÉLÉ QU'ELLES AVAIENT MAINTENANT ATTEINT CE NIVEAU).

MANQUE DE STIMULANTS

* LES INFIRMIÈRES REÇOIVENT PEU DE RECONNAISSANCE, SINON AUCUNE, POUR LEUR NIVEAU DE COMPÉTENCE OU D'EXPÉRIENCE.
* LES INFIRMIÈRES NE REÇOIVENT AUCUN ENCOURAGEMENT POUR LEUR PERFECTIONNEMENT, ET ELLES NE SONT PAS ENCOURAGÉES À EXPRIMER LEURS OPINIONS PROFESSIONNELLES.
* LES INFIRMIÈRES ONT TROP PEU DE CHANCES D'AVANCEMENT.
* LES PENSIONS ET LES AUTRES AVANTAGES DES INFIRMIÈRES SONT INADÉQUATES. (86 % (1 446 INFIRMIÈRES) ONT RÉVÉLÉ QUE LE RÉGIME ACTUEL DE PENSIONS DES INFIRMIÈRES DEVRAIT ÊTRE AMÉLIORÉ).

ON NOTE BEAUCOUP DE FRUSTRATIONS CONCERNANT LA VIE PROFESSIONNELLE. LES NOMBREUSES CONDITIONS DE TRAVAIL INSATISFAISANTES DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE QUI EXISTENT AU NOUVEAU-BRUNSWICK DE NOS JOURS, CONSTITUENT UN OBSTACLE PRESQUE INSURMONTABLE À LA PRESTATION DE SOINS INFIRMIERS DE QUALITÉ AUX PATIENTS DE CETTE PROVINCE. EN FAISANT CONNAÎTRE CES CONDITIONS, LES INFIRMIÈRES CRIENT COLLECTIVEMENT AU SECOURS, POUR SAUVER LEUR PROFESSION ET POUR EMPÊCHER QUE DES NORMES DE QUALITÉ

ÉLEVÉES ET ÉTABLIES DEPUIS LONGTEMPS POUR LES SOINS AUX PATIENTS, NE SE DÉTÉRIORENT DAVANTAGE.

LA FUTURE CRISE

LES INFIRMIÈRES FONT CONNAÎTRE LEURS PRÉOCCUPATIONS CLAIREMENT ET FERMEMENT ET ELLES ONT ÉTABLI LES OBJECTIFS DES FUTURES NÉGOCIATIONS : AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL.

L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ CONNAÎTRA UNE CRISE ÉNORME À L'AVENIR À MOINS QUE DES MESURES CORRECTRICES SOIENT PRISES MAINTENANT POUR ÉVITER UNE GRAVE PERTE D'INFIRMIÈRES DANS LE SYSTÈME. AUTREMENT, CE QUE L'ON CONNAÎT MAINTENANT COMME ÉTANT UNE PSEUDOPÉNURIE (*[1]) DEVIENDRA UNE VÉRITABLE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES COMPORTANT D'ÉNORMES INCIDENCES POUR LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS À L'AVENIR ET LE FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ DANS L'ENSEMBLE.

CHANGEMENTS RECOMMANDÉS

AFIN DE RÉGLER LE PROBLÈME QUE CONSTITUE LA DÉTÉRIORATION DES SOINS DE SANTÉ, QUI EST LA QUESTION FONDAMENTALE, LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL ET LES ADMINISTRATEURS DES SOINS DE SANTÉ DANS L'ENSEMBLE DE LA PROVINCE DEVRONT CHANGER LEUR ATTITUDE ET LEURS DIRECTIVES CONCERNANT LES INFIRMIÈRES IMMATRICULÉES, LES DISPENSATRICES DE SOINS DIRECTS DANS NOTRE ORGANISATION DE SOINS DE SANTÉ. CES CHANGEMENTS TOUTEFOIS, EXIGERONT DES ADAPTATIONS DE BASE MAJEURS SI NOUS VOULONS QUE LES INFIRMIÈRES DÉVELOPPENT LEUR VÉRITABLE POTENTIEL ET QUE LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS

---

1 PSEUDOPÉNURIE - MENTIONNÉ DANS LE RAPPORT SUR LA MAIN-D'OEUVRE DE 1981. LA PÉNURIE GÉNÉRALE EST DONC EN RÉALITÉ UNE PSEUDOPÉNURIE ET LE PROBLÈME N'EST PAS TANT UNE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES IMMATRICULÉES QUE L'INCAPACITÉ DES HÔPITAUX DE LES RETENIR POUR DES PÉRIODES PLUS LONGUES.

S'AMÉLIORE. IL PEUT Y AVOIR DE NOMBREUSES MÉTHODES À ADOPTER POUR ABORDER LES PROBLÈMES DE LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES ET L'INSATISFACTION QUE CELLES-CI RESSENTENT. IL N'Y A PAS UNE SEULE RÉPONSE, MAIS LE SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS PENSE QUE LES PROBLÈMES AU SEIN DU SYSTÈME EN SOI DOIVENT ÊTRE RÉGLÉS POUR AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL, AFIN QU'UN PLUS GRAND NOMBRE D'INFIRMIÈRES ACCEPTENT DE TRAVAILLER. LA SOLUTION AU MANQUE DE PERSONNEL AUQUEL L'EMPLOYEUR DES INFIRMIMÈRES DE LA PROVINCE FAIT FACE POURRAIT COMPRENDRE L'AMÉLIORATION DES DOMAINES SUIVANTS :

RECRUTEMENT DE PERSONNES POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE;

RÉTENTION DE NOS INFIRMIÈRES EXPÉRIMENTÉES; ET

RECONNAISSANCE DES RESPONSABILITÉS QUE DOIVENT ASSUMER LES INFIRMIÈRES.

QUATRE PRINCIPALES QUESTIONS APPELLENT DONC NOTRE ATTENTION :

A. **RÉMUNÉRATION**

B. **PERSONNEL DE SOUTIEN**

C. **STIMULANTS**

D. **RELATIONS DE TRAVAIL.**

A. RÉMUNÉRATION

POUR AMÉLIORER LES NIVEAUX DE TRAITEMENT ET LES STRUCTURES DE FAÇON À RECONNAÎTRE LA PLEINE VALEUR DES INFIRMIÈRES POUR RETENIR CELLES QUI EXERCENT ACTUELLEMENT LA PROFESSION ET ATTIRER DE NOUVELLES PERSONNES, IL FAUT PRENDRE LES MESURES SUIVANTES :

* IL FAUDRAIT PAYER LES INFIRMIÈRES COMPTANT BEAUCOUP D'EXPÉRIENCE À DES TAUX RELATIVEMENT PLUS ÉLEVÉS QUE LES INFIRMIÈRES MOINS EXPÉRIMENTÉES, POUR RECONNAÎTRE LEUR COMPÉTENCE.
* LES INFIRMIÈRES AYANT UNE FORMATION INFIRMIÈRE PLUS AVANCÉE DEVRAIENT ÊTRE RECOMPENSÉES PAR UNE AUGMENTATION SALARIALE.
* IL FAUDRAIT OFFRIR DES DIFFÉRENCES DE SALAIRES SUBSTANTIELLES POUR LE TRAVAIL LES SOIRS, LA NUIT ET LES FINS DE SEMAINE DE FAÇON À ASSURER SUFFISAMMENT DE PERSONNEL POUR CES PÉRIODES. LES RELAIS TOURNANTS NE DEVRAIENT PLUS ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME UNE EXIGENCE D'EMPLOI, MAIS PLUTÔT REMPLACÉS PAR UNE OPTION DE RELAIS PERMANENTS.
* LES HORAIRES DOIVENT ÊTRE PLUS FLEXIBLES (COMBINAISON DE RELAIS DE 12 H ET DE 8 H).
* UN BARÈME DE TRAITEMENT GLOBAL ET COMPORTANT DES FACTEURS POUR LES DIFFÉRENTS NIVEAUX QUI RECONNAISSENT L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL, LES COMPÉTENCES ET LA CONNAISSANCE ACQUISE PAR UNE FORMATION PLUS POUSSÉE, ET L'ACCEPTATION DE TRAVAILLER DES RELAIS DIFFICILES, PERMETTRAIENT D'ATTÉNUER UN BON NOMBRE DES PROBLÈMES DE PERSONNEL QUE LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ CONNAISSENT ACTUELLEMENT.
* LE PERFECTIONNEMENT DE L'INFIRMIÈRE OCCASIONNELLE POUR QU'ELLE ATTEIGNE UNE CATÉGORIE D'EMPLOI QUI ÉTABLIT UN ENGAGEMENT MUTUEL

ENTRE L'EMPLOYEUR ET LA PERSONNE POURRAIT ÉGALEMENT ATTÉNUER LES PROBLÈMES DE PERSONNEL.

B. PERSONNEL DE SOUTIEN

LE PERSONNEL DE SOUTIEN INFIRMIER DOIT ÊTRE AUGMENTÉ POUR PERMETTRE AUX INFIRMIÈRES DE FAIRE CE QU'ELLES FONT LE MIEUX - DISPENSER DES SOINS AUX PATIENTS. DES INFIRMIÈRES MIEUX RÉMUNÉRÉES AINSI QU'UN PERSONNEL DE SOUTIEN ADÉQUAT AURAIENT POUR EFFET D'ASSURER DES SOINS DE MEILLEURE QUALITÉ AUX PATIENTS SANS AUGMENTER CONSIDÉRABLEMENT LES CÔUTS DE FONCTIONNEMENT.

C. STIMULANTS

COMPARATIVEMENT AUX AUTRES PROFESSIONS, TELLES QUE L'ENSEIGNEMENT, LA PROFESSION INFIRMIÈRE EST LOIN EN ARRIÈRE EN CE QUI À TRAIT AUX STIMULANTS OFFERTS POUR L'APPRENTISSAGE ET L'ACCROISSEMENT DES COMPÉTENCES, ET EN CE QUI A TRAIT À LA RÉTENTION DES PERSONNES EXERÇANT LA PROFESSION.

* LA MISE SUR PIED DE PROGRAMMES PRÉVOYANT UN SOUTIEN POUR LES FRAIS DE SCOLARITÉ ET DES CONGÉS D'ÉTUDE PAYÉS ENCOURAGERAIT LES INFIRMIÈRES À RESTER DANS UN POSTE PLUS LONGTEMPS, CE QUI RÉDUIRAIT LE ROULEMENT DU PERSONNEL.
* UN RÉGIME DE PENSIONS AMÉLIORÉ FERAIT DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE UNE MEILLEURE CARRIÈRE À ENVISAGER À LONG TERME.
* IL FAUDRAIT ÉTABLIR DES ÉCHELLES CLINIQUES POUR RÉCOMPENSER PAR L'ARGENT ET LA RECONNAISSANCE, LES INFIRMIÈRES QUI TRAVAILLENT DANS UN DOMAINE CLINIQUE.
* AIDE FINANCIÈRE INADÉQUATE POUR LA FORMATION.

85 % DES INFIRMIÈRES AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE MENTIONNÉ ONT RÉVÉLÉ QU'ELLES AURAIENT BESOIN D'AIDE FINANCIÈRE POUR POURSUIVRE LEUR FORMATION.

L'EXPÉRIENCE QUE NOUS AVONS CONNUE PAR RAPPORT AUX COMITÉS DE CONGÉS D'ÉTUDE

MENTIONNÉS DANS LES CONVENTIONS COLLECTIVES DES HÔPITAUX ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, A RÉVÉLÉ TRÈS CLAIREMENT UN SENS DE DÉSESPOIR, PRESQUE, EN CE QUI À TRAIT À L'OBTENTION DE LA FORMATION ACCRUE EXIGÉE. D'AUTRES FACTEURS CONTRIBUENT À CETTE ANXIÉTÉ :

* L'INACCESSIBILITÉ DU BACCALAURÉAT DANS LA PLUPART DES RÉGIONS DE LA PROVINCE.
* MANQUE DE COLLABORATION DE LA PART DES ADMINISTRATEURS DES INFIRMIÈRES QUI REFUSENT D'EFFECTUER LES CHANGEMENTS AUX HORAIRES EXIGÉS POUR PERMETTRE AUX INFIRMIÈRES D'ASSISTER AUX COURS ET D'ÉCRIRE LES EXAMENS.
* HORAIRES DES COURS MAL ÉTABLIS PAR LES UNIVERSITÉS.
* FOURNIR DES GROUPES DE GESTION DE STRESS ET DE SENSIBILISATION QUI UTILISENT DES PERSONNES AUTRES QUE LES SURVEILLANTS IMMÉDIATS AFIN QUE L'INTERACTION SOIT PLUS FACILE. L'OBJECTIF, PLUTÔT D'ÊTRE TOUT SIMPLEMENT UNE PURGE, POURRAIT ÊTRE D'ASSURER UNE FORMATION PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE, DE RÉSOUDRE LES CONFLITS ET LES PROBLÈMES.

D. RELATIONS DE TRAVAIL

UNE BONNE PARTIE DE L'INSATISFACTION DES INFIRMIÈRES CONCERNANT LEUR VIE PROFESSIONNELLE PROVIENT D'UNE PARTICIPATION INSUFFISANTE À LA PRISE DE DÉCISIONS CONCERNANT LA FAÇON DONT LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ SONT ORGANISÉS ET ASSURÉS. LA PARTICIPATION ACCRUE À LA PRISE DE DÉCISIONS SUR UNE BASE ÉGALE AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ ET LES ADMINISTRATEURS AURAIT POUR EFFET D'ATTÉNUER LE SENTIMENT D'IMPUISSANCE ET LE MANQUE DE RECONNAISSANCE QUE LES INFIRMIÈRES DOIVENT ENDURER. L'ENSEMBLE DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ EN BÉNÉFICIERAIT GRANDEMENT; LES SOINS AUX PATIENTS SERAIENT GRANDEMENT AMÉLIORÉS.

ENCOURAGER L'AUTONOMIE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE. CELA SIGNIFIE QUE LA PROFESSION INFIRMIÈRE EST RESPONSABLE DE SON EXERCICE ET A L'AUTORITÉ DE RÉGIR CETTE PRATIQUE :

* METTRE LA PROFESSION INFIRMIÈRE SUR UN PIED D'ÉGALITÉ AVEC LA PROFESSION DE LA MÉDECINE OFFICIELLEMENT DANS LA HIÉRARCHIE HOSPITALIÈRE. SI LA MÉDECINE RELÈVE DIRECTEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HÔPITAL, LA PROFESSION INFIRMIÈRE DEVRAIT ÉGALEMENT RELEVER DU CONSEIL. LES INFIRMIÈRES DEVRAIENT ÊTRE MEMBRES AVEC DROIT DE VOTE DE TOUS LES COMITÉS DE L'HÔPITAL.
* ENCOURAGER UN CLIMAT QUI PERMET AUX INFIRMIÈRES DE PARTICIPER AUX QUESTIONS CONCERNANT L'EXERCICE ET LES DIRECTIVES.

CES RECOMMANDATIONS EN VUE DE CHANGEMENTS NE SONT PAS NOUVELLES; ELLES SONT PRÉCONISÉES À LA FOIS DANS CE PAYS ET AILLEURS DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES. TOUTEFOIS, IL EST CRUCIAL DE TRAITER AVEC SÉRIEUX LES PROBLÈMES ASSAILLANT L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ DÉMONTRÉS PAR LA QUALITÉ MOINDRE DES SOINS AUX PATIENTS. LES PROBLÈMES DE PERSONNEL ACTUELLEMENT QUALIFIÉS DE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES NE PEUVENT ÊTRE RÉGLÉS QUE PAR LA RESTRUCTURATION DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ DE FAÇON À ASSURER L'UTILISATION OPTIMALE DES COMPÉTENCES SPÉCIALISÉES, QUE SEULES LES INFIRMIÈRES POSSÈDENT, EN VUE DE LA PRESTATION DE SOINS DE QUALITÉ AUX PATIENTS.

LES INFIRMIÈRES SONT PRÊTES À CONTRIBUER À LA RÉSOLUTION DE LA CRISE DES SOINS AUX PATIENTS QUI MENACE ACTUELLEMENT L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK. MAIS IL FAUT APPORTER DES CHANGEMENTS FONDAMENTAUX POUR LEUR PERMETTRE DE FONCTIONNER COMME LES INFIRMIÈRES QU'ELLES VOULAIENT ÊTRE ET POUR LESQUELLES ON LEUR A DONNÉ UNE FORMATION. IL FAUT REDONNER LA PROFESSION AUX INFIRMIÈRES ET CELLES-CI RETOURNERONT À LA PROFESSION.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT

LE GOUVERNEMENT À TITRE D'AGENT SUBVENTIONNANT LES ÉTABLISSEMENTS ET LES INSTALLATIONS DE SOINS DE SANTÉ DANS LA PROVINCE INFLUENCE LES DÉCISIONS OU JOUE UN RÔLE MAJEUR DANS LES DÉCISIONS CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES. LE SIINB PENSE QU'IL FAUT UNE RESPONSABILISATION PUBLIQUE DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ, NON SEULEMENT DE LA PART DES INFIRMIÈRES IMMATRICULÉES, MAIS ÉGALEMENT DE LA PART DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ PAR L'ENTREMISE DE SON CONSEIL D'ADMINISTRATION ET ULTIMEMENT PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES.

CONCLUSION

LE SIINB, EN RECONNAISSANT LE DÉFI DE CETTE INITIATIVE AMBITIEUSE, PARTICULIÈREMENT DANS UNE PÉRIODE AUSSI COURTE, APPUIE LES EFFORTS DU MINISTÈRE VISANT À RÉPONDRE AUX PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT LE MILIEU DE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES. NOTRE APPUI DE CE PROJET EST TOUTEFOIS RETENU. NOUS N'APPUYONS TOUTEFOIS PAS CE PROJET. NOTRE CONTRIBUTION EST IMPORTANTE, POURTANT SUITE À LA NÉGLIGENCE STRATÉGIQUE DES PERSONNES CONSEILLANT LE MINISTRE, NOUS N'AVONS PAS DE REPRÉSENTANTES AU SEIN DU COMITÉ CONSULTATIF DES RESSOURCES INFIRMIÈRES.

NE PAS INCLURE LE SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DANS LA PLANIFICATION DES SOINS DE SANTÉ POUR L'AVENIR CONSTITUE UN MANQUE DE CLAIRVOYANCE ET UN OUBLI DU PROFESSIONNALISME DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS.

LES MEMBRES DU SYNDICAT ASSUMENT LEURS RESPONSABILITÉS INFIRMIÈRES CONFORMÉMENT AU CODE DE DÉONTOLOGIE DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA QUI ÉNONCE DANS LE CADRE SOCIAL DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE CE QUI SUIT :

> XI. LES CONDITIONS D'EMPLOI DOIVENT CONTRIBUER AUX SOINS DU CLIENT ET À LA SATISFACTION PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE. L'INFIRMIÈRE A L'OBLIGATION DE TRAVAILLER À ASSURER ET À MAINTENIR DES CONDITIONS D'EMPLOI RESPECTANT CES DEUX OBJECTIFS, D'AILLEURS LIÉS.

LE SYNDICAT ATTENDRA LA RÉPONSE DU MINISTRE AU RAPPORT FINAL DE CE PROJET AV[illegible] IMPATIENCE. NOUS SOMMES SURTOUT INTÉRESSÉS À SAVOIR SI LE RAPPORT CONNAÎTRA LE MÊME SORT QUE LE RAPPORT DE 1981 DU COMITÉ CONSULTATIF DE LA MAIN-D'OEUVRE SUR LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES.

SI NOUS VOULONS QUE LE SERVICE INFIRMIER CONTINUE, IL FAUT APPORTER DES CHANGEMENTS. L'AVENIR SE DÉROULERA. LE CHOIX DONT DISPOSE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ EST SOIT DE PRÉVOIR CET AVENIR ET DE LE PRÉPARER, SOIT DE L'IGNORER ET DE RÉAGIR AUX PRESSIONS APRÈS LE FAIT ACCOMPLI. LES DEUX MÉTHODES COMPORTENT DES COÛTS ET DES CONSÉQUENCES. LE CHOIX DOIT DONC ÊTRE FAIT HONNÊTEMENT ET APRÈS DES DÉLIBÉRATIONS APPROFONDIES, AVEC UNE HONNÊTETÉ DIRECTE.

ANNEXE G

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS
DU NOUVEAU-BRUNWICK

MÉMOIRE SUR LES PRÉOCCUPATIONS
DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

L'ASSOCIATION DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS

DU NOUVEAU-BRUNSWICK

MEMOIRE

SUR DES PROBLEMES CONCERNANT LES INFIRMIERES ET INFIRMIERS

DU NOUVEAU-BRUNSWICK

AU

COMITE CONSULTATIF SUR LA MAIN-D'OEUVRE INFIRMIERE

LE 6 JUIN 1988

Table des matières

Aperçu du mémoire au comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière.....i

Sommaire des recommandations au comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière.....vi

Introduction.....1

I. Rôles et fonctions des infirmières et infirmiers.....3

II. Facteurs influant sur la vie au travail des infirmières au Nouveau-Brunswick.....7

A. L'idée que le public se fait du rôle des infirmières...8

B. Perceptions des médecins.....11

C. Structure ou organisation des unités de soins infirmiers.....13

1. Système de travail bureaucratique ou professionnel.....13
2. Manque d'autonomie.....14
3. Décentralisation.....16
4. Obstacles à la satisfaction au travail.....17

(a) Choc de la réalité.....18
(b) Programmes d'initiation.....21
(c) Dotation en personnel.....23
(d) Modes de dispensation des soins infirmiers.28
(e) Récompense de l'excellence.....30

III. Formation préparatoire à l'exercice de la profession.....32

IV. Recrutement et maintien du personnel.....35

V. Planification à long terme et financement des soins de santé.....37

Références.....39

Annexe 1 - Rapport du comité spécial sur l'admission à la pratique.

Remerciements

L'AIINB remercie la Alberta Association of Registered Nurses des informations qu'elle a eu la générosité de partager avec nous. Nous avons adapté et ajouté dans le présent mémoire le format ainsi que certains éléments de son document, paru en mars 1988 et qui a pour titre "Brief on Concerns of Registered Nurses Employed in Alberta Hospitals and Nursing Homes".

Aperçu du mémoire du comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière

En vertu de la loi, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est chargée de l'élaboration, de l'établissement, du maintien et de l'application de normes pour ses membres (AIINB, Loi sur les infirmières et infirmiers, 1984). Il s'est fait récemment des progrès notamment en ce qui concerne l'élaboration de normes sur les programmes d'initiation, l'évaluation de la charge de travail et les procédés médicaux-infirmiers. Toutefois, les progrès accomplis dans l'élaboration de normes n'ont pas été accompagnés de progrès semblables au niveau de leur mise en application. En raison du manque d'appui moral et financier de la part du gouvernement et des établissements de soins de santé, l'AIINB n'a pas pu pleinement s'acquitter de ses responsabilités qui consistent à s'occuper du bien-être de ses 8,000 membres ainsi que du public.

Le présent mémoire décrit certains des problèmes de la vie au travail des infirmières du Nouveau-Brunswick dont il faut s'occuper si nous voulons obtenir un nombre suffisant d'infirmières bien préparées pour répondre aux besoins actuels et futurs de la société en matière de soins de santé. Les problèmes concernant de façon particulière les infirmières du Nouveau-Brunswick et qui sont exprimés dans le présent mémoire sont regroupés en sept principaux secteurs. Ce sont: 1) rôles et fonctions des infirmières; 2) l'idée que le public se fait du rôle des infirmières; 3) l'idée que les membres de la profession médicale se font des infirmières; 4)

l'organisation d'un service de soins infirmiers dans le système de soins de santé; 5) la formation à l'exercice de la profession; 6) le recrutement et le maintien du personnel; et 7) la planification financière à long terme.

Les infirmières ne sont ni des servantes ni des domestiques. En réalité, elles exercent en réalité des rôles à la fois **indépendants** et **interdépendants** en pratique, formation, administration et recherche dans le domaine du nursing. Il n'est pas normal de considérer que les infirmières sont tout simplement des personnes qui exécutent des ordres et remplissent des tâches, alors que de fait elles ont les connaissances et exercent le jugement de praticiennes qualifiées qui évaluent les besoins des clients et qui planifient, donnent, surveillent, coordonnent et évaluent des soins aux clients et à leurs familles 24 heures par jour. Omettre de reconnaître et d'utiliser les connaissances et compétences des infirmières, c'est réduire la qualité des soins. Les infirmières sont satisfaites sur le plan professionnel là où les structures en place appuient l'exercice professionnel du nursing. La vie au travail des infirmières au Nouveau-Brunswick fournit rarement de telles structures de soutien. Dans un tel milieu, les infirmières se trouvent moins aptes à dispenser des soins professionnels et il en résulte des tensions, des frustrations et du désenchantement.

La structure du service, la dotation en personnel et les modes de dispensation des soins infirmiers sont des facteurs qui influent

sur les soins infirmiers offerts. Des efforts ont été faits à vue d'aplanir la structure de certains établissements dans le sens d'une gestion multiple, mais la haute structure hiérarchisée et bureaucratique des services de nursing continue à dominer. Une telle structure favorise la communication descendante, mais elle limite aussi les possibilités de contribution de la part du personnel infirmier, réduit à rien l'autonomie professionnelle des infirmières, réduit les possibilités de représentation du personnel infirmier aux niveaux décisionnels, renforcit l'image traditionnelle des infirmières considérées comme des employés subalternes et mal rémunérés et contribue au sous-emploi des habiletés en pratique infirmière et à une surveillance excessive des infirmières. De plus, il est peu réaliste de s'attendre, comme cela se fait, à ce que les infirmières remplissent des fonctions dans tous les secteurs hospitaliers, même ceux qui n'ont pas trait aux soins infirmiers.

Les compressions budgétaires ont pour première cible les budgets des services infirmiers. Parmi les principaux facteurs qui devraient servir à déterminer les besoins en personnel infirmier, il faut mentionner l'acuité de la maladie du client, la disponibilité et la formation du personnel, le mode de dispensation des soins infirmiers (fonctionnel, équipe, primaire) et les niveaux de surveillance. Les impératifs budgétaires l'emportent toutefois sur les facteurs clés dans les prises de décisions relatives au personnel.

Les infirmières soignantes ont rarement l'occasion de participer aux décisions en matière de gestion. Une initiation insuffisante, le manque de formation en cours d'emploi, le besoin perçu d'obtenir une plus grande formation et le manque de partage des ressources (comme l'expertise clinique) entraînent une insatisfaction au travail. Des clients plus malades soit soignés par des infirmières moins nombreuses, ce qui augmente encore davantage les niveaux de stress des employés cadres et des infirmières soignantes.

Dans le domaine complexe des soins de santé, les infirmières ont besoin d'une éducation générale fondée sur les sciences physiques et sociales et s'appuyant sur la théorie de leur discipline. Les infirmières sont constamment incitées à se tenir à jour dans le domaine de la recherche, des théories et de la technologie. La profession, qui est largement dominée par des femmes, connait régulièrement une certaine proportion d'arrivées et de départs. Pour réintégrer la profession, il faut se soumettre à de nouvelles études, et cela peut se produire plusieurs fois au cours de la carrière d'une infirmière. L'évolution des disciplines dans le domaine infirmier rend l'exercice de la profession plus spécialisé et oblige à obtenir une formation poussée.

Les infirmières cherchent avidement des possibilités de formation dans les domaines tant cliniques que fonctionnels. L'infirmière qui se lance dans un programme de formation espère normalement pouvoir ainsi donner un meilleur rendement, en tirer une satisfaction personnelle, obtenir la reconnaissance de son employeur

et progresser dans sa carrière. Dans notre province, les infirmières ne jouissent pas de la même reconnaissance de leur niveau d'éducation que les enseignants.

La profession infirmière n'atteindra son plein potentiel que le jour où elle sera dirigée par les infirmières mêmes, où le système de soins médicaux axés sur les médecins sera remplacé par une approche faisant appel à une équipe de soins de santé communautaire et, ce qui importe peut-être le plus, où le gouvernement reconnaîtra le rôle crucial du personnel infirmier dans le système de soins de santé.

Les préoccupations de l'AIINB au sujet du financement portent sur deux points. Tout d'abord, il faut que les législateurs se penchent sur les priorités en matière de financement du système de soins de santé, surtout en ce qui a trait aux sommes exorbitantes consacrées à la construction de bâtiments. En deuxième lieu, les budgets globaux ne sont pas toujours bien distribués au sein des organismes de soins de santé. Les conseils des hôpitaux et des foyers de soins doivent réexaminer les critères qui servent à déterminer la répartition des fonds dans les services infirmiers, afin de faire en sorte que les ressources soient suffisantes.

La situation au Nouveau-Brunswick en matière de recrutement et de maintien du personnel a atteint des proportions de crise. Nous félicitons le comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière d'avoir demandé que l'AIINB étudie les problèmes qui intéressent vivement les infirmières travaillant dans le système. Nous recommandons fortement au comité de se montrer tout aussi vigilant

en formulant des recommandations proposées comme solutions. é nous nous attendons à ce que le gouvernement du Nouveau-Brunswick onne rapidement suite à ces recommandations.

Sommaire des recommandations au comité consultatif sur la main-d'oeuvre infirmière

1. Que la province du Nouveau-Brunswick encourage aux niveaux fédéral et provincial une planification de la main-d'oeuvre pour les années 80 et 90 afin de tenir compte de l'évolution du rôle du nursing dans les soins de santé.
2. Qu'une plus grande importance soit accordée au rôle des infirmières en matière de dépistage et d'évaluation de santé, en éducation sanitaire et en coordination des services, notamment en milieu communautaire.
3. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires soit restructuré de façon à créer un milieu de travail qui encourage les infirmières à assumer sur le plan infirmier les responsabilités actuelles et futures qui sont identifiées par les infirmières de la province.
4. Que la province du Nouveau-Brunswick appuie la Loi canadienne sur la santé afin de permettre l'apparition d'un programme d'assurance santé qui favorise l'élaboration de programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie, de permettre l'introduction de nouveaux points d'entrée dans le système de soins de santé et d'encourager une bonne utilisation d'un personnel qualifié de la santé.
5. Que soit établi dans chaque organisme un comité mixte de la pratique médicale composé de médecins et d'infirmières pour favoriser le dialogue sur les questions professionnelles.
6. Que les administrateurs des hôpitaux, les conseils et les

médecins soient initiés au rôle professionnel de la profession infirmière dans les soins de santé.

7. Que la première responsable des soins infirmiers (quelle que soit la désignation de son poste) relève directement de l'administrateur principal et qu'il soit prévu qu'elle puisse communiquer directement avec le conseil d'administration dans les organismes de soins de santé.

8. Que la première responsable des soins infirmiers ait l'autorisation et la responsabilité de déterminer la façon dont les coûts du service de soins infirmiers doivent être définis, contrôlés, comptabilisés et surveillés.

9. Qu'au niveau régional soient nommées des infirmières gestionnaires supérieures ayant le pouvoir hiérarchique de surveiller et d'évaluer les services infirmiers en milieu communautaire.

10. Que l'organisation des services dans les hôpitaux, les foyers de soins et les autres établissements de soins de santé soit décentralisée afin de favoriser l'autonomie de la pratique infirmière professionnelle et la réduction des niveaux du personnel de surveillance.

11. Que la gestion multiple soit envisagée comme moyen possible de prise de décisions.

12. Que des fonds d'urgence pour la préparation et l'enseignement de cours de gestion soient offerts durant les cinq prochaines années à tous les gestionnaires supérieurs en soins infirmiers et administrateurs des établissements de soins de santé qui ne

possèdent pas actuellement la formation voulue.

13. Que des fonds appropriés soient débloqués afin de permettre à tous les employés en soins infirmiers (à temps plein, à temps partiel et occasionnels) de suivre des cours d'initiation appropriés conformément aux lignes directrices relativement à l'initiation des infirmières de l'AIINB.

14. Que tous les organismes établissent pour les infirmières, avant d'affecter celles-ci à des fonctions, des programmes d'initiation concernant particulièrement l'équipement et les techniques.

15. Que soient étudiés et mis à l'essai des systèmes plus flexibles d'établissement des calendriers de travail.

16. Que soient étudiés les problèmes liés au travail par quarts et aux soins aux enfants.

17. Que les descriptions d'emploi des infirmières soient réécrites afin de supprimer le temps consacré par les infirmières à des fonctions extérieures aux soins infirmiers, et qu'un personnel suffisant soit obtenu pour les fonctions autres que les soins infirmiers.

18. Qu'un examen soit effectué sur les effets du personnel occasionnel et à temps partiel sur la continuité et la qualité des soins.

19. Que des fonds soient débloqués pour permettre aux organismes d'adopter des systèmes d'évaluation de la charge de travail conformément aux normes établies par l'AIINB.

20. Que les conseils des hôpitaux, des foyers de soins et des

autres organismes de soins de santé réétudient les critères qui servent à la répartition des fonds aux services infirmiers afin de faire en sorte que ces derniers aient des ressources suffisantes. Il ne faut pas inclure des dépenses extérieures aux soins infirmiers dans les budgets des soins infirmiers.

21. Que les soins infirmiers primaires soient envisagés comme un moyen de donner des soins infirmiers qui soit efficace en fonction du coût tant au niveau du client qu'à celui de l'infirmière.

22. Que soient établis pour les infirmières des schémas de carrière clairement définis pour des fonctions non administratives (échelonnage clinique).

23. Que soient étudiés et mis en place de meilleurs moyens de reconnaitre sur les plans tant financier que professionnel les infirmières qui remplissent des fonctions de praticiennes.

24. Que dans les établissements des fonds soient réservés pour appuyer convenablement:

(a) la mise en place de moyens d'identifier clairement les besoins des infirmières en matière de formation permanente en milieu de travail,

(b) la planification et l'application de programmes d'éducation permanente fondés sur des besoin clairement identifiés en matière de formation, et

(c) des normes d'apprentissage autonome pour infirmières en milieu de travail (par exemple un cours modulaire en soins critiques).

25. Que les concepts de jours de perfectionnement professionnel et de salaires différés soient incorporés dans la convention collective des infirmières.

26. Que des mesures soient prises pour faciliter des rajustements aux affectations du personnel pour lui permettre d'assister à des activités d'éducation permanente.

27. Que dans le système de l'enseignement supérieur des fonds soient réaffectés afin de permettre une expansion constante des programmes de base conduisant au baccalauréat en sciences infirmières.

28. Que des fonds soient débloqués pour l'élaboration de programmes de maîtrise en nursing en anglais et français dans la province.

29. Que les ressources financières soient affectées moins au budget des immobilisations et plus au budget de fonctionnement dans le système de soins de santé.

30. Que des fonds de soins de santé soient prévus pour l'augmentation des services communautaires au Nouveau-Brunswick.

31. Que soit nommée pour le Nouveau-Brunswick une infirmière conseillère principale, comme au fédéral.

Introduction

Le présent mémoire vise à présenter au comité consultat sur la main-d'oeuvre infirmière les doléances de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) au sujet de la vie au travail des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. Selon la Loi sur les infirmières et infirmiers (1984), l'AIINB s'occupe du maintien et de la promotion des normes de nursing dans la province, et aussi du bien-être du public et des 8,000 membres de la profession.

La bonne gestion des ressources en main-d'oeuvre de la santé constitue l'un des principaux défis dans le domaine de la santé à l'heure actuelle. Dans le système formel de soins de santé, le personnel infirmier l'emporte en nombre sur tous les autres employés de santé mis ensemble, et il est essentiel d'accorder toute l'attention voulue à la planification de la main-d'oeuvre de ce groupe-là (Rapport au comité de la main-d'oeuvre infirmière du Nouveau-Brunswick, 1980).

Pour une bonne gestion des ressources en main-d'oeuvre infirmière, il ne suffit pas, loin de là, de faire en sorte que le personnel infirmier soit disponible en nombre suffisant. Entrent aussi en ligne de compte les aspects suivants et tout aussi importants de la gestion de la main-d'oeuvre:

1. faire en sorte que le personnel infirmier disponible soit convenablement formé et possède les qualités voulues pour dispenser des soins infirmiers de haute qualité, et
2. faire en sorte que le milieu de travail (ou l'environnement

dans lequel les soins infirmiers sont donnés) contribu à des soins infirmiers de grande qualité (Klippert, 1982).

L'exposé de principes de l'AIINB stipule que la profession infirmière existe pour répondre aux besoins de la société. C'est à partir de la société même que vient la principale demande de changements dans la profession infirmière. Les infirmières constatent de nos jours des changements de plus en plus rapides dans l'ensemble de la population, dans les systèmes créés par la société et dans la technologie dont la société dispose. Ces changements ont des conséquences directes sur la profession infirmière tout comme sur les infirmières et infirmiers.

Les infirmières connaissent des conflits du fait que les changements au niveau des ressources ne correspondent pas aux nouveaux besoins. Quand rien n'est fait pour régler un conflit, il en résulte des divergences d'opinions, une baisse de la productivité et un moral bas. Ces conditions conduisent à la polarisation des groupes et particuliers, encouragent les comportements irresponsables, empêchent l'unité d'action, détournent les énergies de leurs fonctions primaires et créent des soupçons et de la méfiance. En conséquence, il faut absolument s'occuper des doléances de la profession infirmière afin de faire en sorte qu'il y ait des infirmières bien préparées et compétentes en nombre suffisant pour que notre société changeante reçoive les soins infirmiers hautement spécialisés dont elle a besoin.

I. Rôles et fonctions des infirmières et infirmiers

Les rôles et fonctions sont définis par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 1987) et par l'AIINB (1986 a). Le rôle indépendant de l'infirmière suppose l'exercice de jugements sur les besoins infirmiers d'un client, ainsi que la dispensation des soins infirmiers appropriées selon les principes et la pratique de la discipline en question. Le rôle interdépendant de l'infirmière suppose l'exercice de jugements portés en collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé. Les jugements en question sont fondés sur la théorie et la pratique infirmières, ainsi que sur la pratique d'autres disciplines, comme la physiothérapie, l'éducation, le travail social et la médecine. Les infirmières n'exercent pas un rôle de "dépendance", étant donné qu'elles sont juridiquement et professionnellement responsables de leurs propres actions.

Le fait que l'industrie des soins de santé met l'accent moins sur le traitement des maladies et plus sur le maintien de la santé, oblige à tenir davantage compte du rôle accru des infirmières. Des études exhaustives ont été menées sur l'emploi d'infirmières comme employées primaires de santé et sur les importants avantages qu'il y a de recourir à des infirmières en ce qui concerne l'accès, le coût et la qualité des soins (AIENB, 1984). Le gaspillage actuel de la main-d'oeuvre restera inchangé tant que les gouvernements n'auront pas reconnu et accepté le besoin et le potentiel en ce qui a trait aux infirmières.

Il faut se soucier de son travail pour fournir un service infirmier, ce qui exige énormément d'acuité intellectuelle, qui ne

peut tout simplement être qualifiée d'intuition. Les infirmi es doivent pouvoir mettre la théorie en pratique afin que celle- i soit utile. Le souci de son travail est un concept à plusieurs facettes qui se manifeste de plusieurs façons:

> Le souci de son travail ne se limite pas à la situation dans laquelle une infirmière se trouve seule dans une chambre avec son patient. C'est aussi se soucier que d'administrer un budget de façon à prévoir un personnel suffisant pour le nombre de patients. C'est parce que des gens se soucient que des changements sont apportés aux programmes d'études afin d'y inclure des travaux cliniques analysés plus soigneusement, soutenus par des lectures choisies, des études personnelles et la sanction des examens. C'est se soucier que d'aider une localité ou un organisme à lancer un programme d'immunisation, à donner des repas aux écoliers, à construire un centre pour victimes de viol ou à soutenir un programme de consultation sur l'usage de l'alcool. C'est aussi parce qu'elles se soucient que les infirmières tiennent à faire modifier la loi afin que les ressources nécessaires soient mises à la disposition non pas seulement de la population, mais des infirmières elles-mêmes (Diers, 1986, p. 27).

Les services infirmiers sont à base d'aide et de souci pour le bien des autres. L'importance de l'infirmière comme aide se fonde sur trois facteurs: le **besoin**, la **qualité** et la **rentabilité**. Dans notre société, les maladies causées par des habitudes de vie malsaines sont les principales causes de décès. Il s'agit notamment

des maladies cardiaques et cérébro-vasculaires, des maladies respiratoires et de diverses formes de cancer. Pour soigner les troubles liées au mode de vie, il faut un changement de comportement plutôt que des pilules, de la chirurgie et des tests de laboratoire coûteux. Le rôle de soutien pédagogique de l'infirmière est essentiel durant les périodes d'hospitalisation aussi bien que dans les localités. á condition de lui fournir les ressources appropriées, l'infirmière est la personne la plus apte à fournir de façon rentable des conseils en matière de santé. Les considérations économiques, géographiques, éthiques et autres imposent des limites à l'application de la technologie médicale. Le fait de mettre l'accent sur la santé se défend du point de vue tant économique que rationnel. Puisque notre population vieillit, il faut des praticiens qui veulent et qui peuvent consacrer du temps à des personnes afin de leur aider à établir et à poursuivre des objectifs en matière de santé, même si ces dernières souffrent d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

Les infirmières, étant donné l'étendue de leur éducation, sont les praticiennes qui ont reçu la formation voulue pour fournir l'aide nécessaire, et aussi pour coordonner l'équipe d'aide et ce, non seulement en cas de maladie, mais aussi lorsqu'il s'agit de conserver la santé des clients et de les aider à passer de l'état de la maladie à l'état de santé. Le fait que les infirmières du Nouveau-Brunswick perçoivent ces rôles et fonctions comme leur appartenant se trouve confirmé par une étude du comité spécial sur l'admission à la pratique de l'AIINB (1987a).

Bref, les infirmières ont des rôles à la fois indépendan et interdépendants en pratique infirmière, en administration, en recherche et en éducation (AIINB, 1988a). Les infirmières ne sont ni des servantes ni des domestiques. Il n'est pas normal que ces praticiennes qualifiées, qui appliquent leurs connaissances et exercent leur jugement 24 heures par jour, soient considérées comme des personnes qui exécutent des ordres et remplissent des tâches. Puisqu'elles dispensent leurs services jour et nuit, les infirmières ont la responsabilité de juger des besoins des clients et aussi de planifier, donner, coordonner et évaluer les soins. Les infirmières se servent de leurs connaissances du corps humain, de la société et de l'environnement dans lesquels vivent les humains, ainsi que de leurs connaissances en communication et de la théorie de l'apprentissage si l'occasion leur en est donné. Les connaissances de base en sciences sont rehaussées par des comportements ÉDUQUÉS sur la façon d'aider les autres.

Les infirmières sont satisfaites sur le plan personnel là où les structures en place appuient la dispensation de soins professionnels. Elles sont soumises à du stress là où la dispensation de soins professionnels se trouve compromise. La vie au travail des infirmières du Nouveau-Brunswick est telle qu'elle compromet leur aptitude à dispenser des soins professionnels. Dans les pages suivantes, l'AIINB traite de certains des facteurs qui ont des conséquences négatives sur la vie au travail des infirmières de la province.

Recommandation 1

Que la province du Nouveau-Brunswick encourage aux niveaux fédéral et provincial une planification de la main-d'oeuvre pour les années 80 et 90 afin de tenir compte de l'évolution du rôle du nursing dans les soins de santé.

Recommandation 2

Qu'une plus grande importance soit accordée au rôle des infirmières en matière de dépistage et d'évaluation de santé, en éducation sanitaire et en coordination des services, notamment en milieu communautaire.

Recommandation 3

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires soit restructuré de façon à créer un milieu de travail qui encourage les infirmières à assumer sur le plan infirmier les responsabilités actuelles et futures qui sont identifiées par les infirmières de la province.

II. Facteurs influant sur la vie au travail des infirmières au Nouveau-Brunswick

A. L'idée que le public se fait du rôle des infirmières

De nombreuses études ont été effectuées sur l'image des infirmières par rapport à la classe sociale et au statut du nursing comme profession, et sur l'idée que le public se fait de la formation infirmière et du rôle élargi des infirmières. Les résultats semblent confirmer l'image traditionnelle de la profession, et en particulier l'idée que les infirmières sont assujetties aux médecins, sont des personnes rattachées à des

hôpitaux et exécutent un travail technique.

Dans l'exercice de ses fonctions, on s'attendait, comme c'est encore souvent le cas de nos jours, à ce que l'infirmière se conduise comme une mère dévouée et désintéressée devant les patients, comme une épouse obéissante devant les médecins et comme un chef de famille agissant avec fermeté et avec une discipline bienveillante envers le personnel subalterne. Une telle conception, sauf pour quelques variations, s'est maintenue au fil des années, et ce, malgré le niveau élevé d'éducation que de nombreuses infirmières ont atteint, malgré la large gamme d'aptitudes qu'elles ont acquises et malgré les efforts des leaders en nursing pour que la profession infirmière soit considérée comme une profession autonome.

Dans les romans écrits et au cinéma, on continue à considérer l'infirmière comme une héroïne, une servante et une courtisane, et jamais on n'y trouve l'image d'un choix de carrière pour des jeunes hommes et femmes désireux d'exercer une profession respectée et d'y progresser comme carrière (Kalisch & Kalisch, 1982; Muff, 1982). Kalisch & Kalisch (1982) soutiennent que le portrait des infirmières projeté dans les médias reflète les idées que la société se fait au niveau du subconscient de la profession infirmière.

La perception du public au sujet de la profession persiste malgré les recherches révélant que l'intervention infirmière peut réduire les coûts des soins de santé et améliorer la condition des groupes en danger, comme les patients ayant subi un infarctus du myocarde ou qui souffrent d'hypertension, les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et les patients qui viennent

d'obtenir une greffe du rein (Fagin, 1982). De nombreuses études révèlent que le recours à des infirmières comme sages-femmes réduit sensiblement le nombre de naissances prématurées, de décès chez les nouveaux-nés, ainsi que les pourcentages de nouveaux-nés ayant un de poids inférieur à la normale (Fagin, 1982). Cela fait longtemps que des infirmières-hygiénistes font des examens de la vue des enfants d'âge scolaire et préscolaire dans le cadre de leurs examens suivis de santé. Pourtant, même cette fonction traditionnelle est contestée par l'Association des optométristes du Nouveau-Brunswick, qui met publiquement en doute la compétence des infirmières-hygiénistes.

La profession infirmière est rendue invisible du fait que les systèmes de santé mettent l'accent sur le rôle de l'infirmière comme employée. La profession est de plus rendue impuissante par la loi et par de puissants lobbys de médecins, qui maintiennent le médecin comme principal point d'admission aux soins et qui limitent l'accès au système. La profession infirmière n'atteindra son plein potentiel que le jour où le système de soins médicaux axés sur le médecin sera remplacé par une approche fondée sur une "équipe de santé" et, chose peut-être encore plus importante, où le gouvernement reconnaîtra le rôle crucial du personnel infirmier dans le système de soins de santé.

Si les soins de santé primaires mettaient l'accent sur le travail d'équipe et sur la nécessité de faire dispenser les soins de santé essentiels par le personnel de santé le plus qualifié et le plus facilement disponible, la profession infirmière pourrait alors

prouver sa valeur. Et pourtant, la profession infirmière se trouve limitée sur ce point du fait que le gouvernement néglige d'appliquer un tel concept conformément à la Loi canadienne sur la santé.

Recommandation 4

Que la province du Nouveau-Brunswick appuie la Loi canadienne sur la santé afin de permettre l'apparition d'un programme d'assurance santé qui favorise l'élaboration de programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie, de permettre l'introduction de nouveaux points d'entrée dans le système de soins de santé et d'encourager une bonne utilisation d'un personnel qualifié de la santé.

B. Perception des médecins

Les médecins ne reconnaissent pas que la profession infirmière est autonome et possède son propre ensemble de connaissances. Ils avouent eux-mêmes ne pas bien comprendre les infirmières quand celles-ci parlent de l'exercice de leur profession dans les années 80 (Gray, 1987).

Dans un mémoire à la commission royale d'enquête de la Nouvelle-Écosse sur les soins de santé, un médecin a fait un bon nombre de déclarations qui reflètent un tel manque de compréhension. Le médecin en question a déclaré à la commission que l'embauchage d'une infirmière détenant un baccalauréat coûte environ 40 % de plus, ce qui n'a absolument aucun fondement au pays. De plus, les journaux ont rapporté la déclaration suivante qu'il a faite: "il se peut fort bien que le fait de dispenser des soins de base aux patients dépende plus de la personne que de diplômes, de la

personnalité que de l'intelligence, de la compassion que des connaissances techniques ou de la connaissance de la physiologie" (Presse canadienne, reproduit dans le Daily Gleaner, 18 mai 1987).

Les infirmières ont indiqué que leur contribution aux soins dispensés aux malades est mal reconnue sur le plan professionnel, et elles éprouvent de plus en plus du ressentiment devant le fait que les médecins cherchent à les empêcher de contribuer aux décisions concernant les soins aux patients (Jenny, 1982).

Un sondage sur l'idée que les médecins se font des infirmières révèle que 75 % de ceux-ci considèrent les infirmières comme leurs aides, et rien de plus. Ils ne veulent pas des relations collégiales avec les infirmières (Lee, 1979). Il s'agit là d'une perception clairement incompatible avec la réalité de la pratique professionnelle du nursing. Les infirmières jouent un rôle complémentaire, et elles remplissent des fonctions qui sont propres à la profession infirmière. Au cours du même sondage, presque 80 % des médecins ont indiqué qu'à leur avis les infirmières ont suffisamment leur mot à dire en ce qui concerne les soins aux patients, et 10 % ont indiqué que les infirmières ont trop d'autorité. Cependant, plus on devient renseigné sur son corps, son esprit et sa santé, plus on ressent le besoin de participer davantage aux activités qui concernent sa propre santé. L'AIINB croit que les infirmières ont la responsabilité professionnelle de servir de défenseurs des patients sur ce point (AIINB, 1988a). Là encore, ces perceptions dépassées et fausses de la part des médecins se trouvent renforcées et perpétuées du fait que les corps

administratifs et les gouvernements n'appuient pas la reconnaissance de la contribution des infirmières.

Les infirmières s'intéressent à la qualité de vie des Canadiens, à la qualité des soins de santé et aux moyens rentables d'atteindre une telle qualité de vie et de soins. Les infirmières préféreraient travailler en collaboration avec les médecins pour contribuer à la conception des soins de santé de l'avenir. Cela ne peut se faire que si de part et d'autre on se fait confiance et on se respecte.

Recommandation 5

Que soit établi dans chaque organisme un comité mixte de la pratique médicale composé de médecins et d'infirmières pour favoriser le dialogue sur les questions professionnelles.

C. Structure ou organisation des unités de soins infirmiers

1. Système de travail bureaucratique ou professionnel

Même si la profession infirmière évolue constamment en fonction des besoins d'une société en mutation, les structures sont demeurées les mêmes et tiennent très peu compte de l'aspect professionnel de la profession infirmière.

Au fond, c'est que les deux systèmes de valeurs dominants, soit le système de travail bureaucratique et le système de travail professionnel, sont en conflit (Johnson, 1971). Le système de travail professionnel met l'accent sur la forte division de la main-d'oeuvre, sur le rendement par tâches, les activités routinières et le respect des règles, règlements et politiques, dans

une structure hiérarchique où le contrôle est exercé aux paliers très élevés. Ces facteurs, de même que d'autres exigences hiérarchiques (des médecins, par exemple), sont caractéristiques d'une structure bureaucratique dans laquelle les infirmières peuvent prendre peu de décisions indépendantes. Par contre, le système de travail professionnel préconisé par l'AIINB met l'accent sur la dispensation d'un service faisant appel à un ensemble systématique de connaissances, et où les jugements et actions sont pris en fonction de normes professionnelles, de l'éthique et des comptes à rendre. De nombreuses infirmières estiment qu'il est plus facile de quitter la profession que d'essayer de défendre leurs valeurs dans un milieu de travail peu sympathique et rigide.

2. Manque d'autonomie

Le manque d'autonomie professionnelle est incompatible avec la profession infirmière dont les membres font partie d'un organisme qui se régit de lui-même (AIINB), mais qui en réalité n'exercent aucun contrôle sur leur travail ou l'exercice de leur profession dans leur milieu de travail. En conséquence, les infirmières ont très peu l'occasion de prendre des décisions ou de faire preuve de créativité dans leur profession, et il est fait un emploi insuffisant de leurs connaissances et aptitudes. Une étude sur la satisfaction au travail et le roulement du personnel infirmier dans les hôpitaux révèle qu'aux yeux des infirmières soignantes c'est l'autonomie qui contribue le plus à la satisfaction au travail, et que c'est en fonction d'une telle autonomie qu'elles décident par la suite de quitter l'hôpital ou d'y rester (Wisman, Alexander & Chase,

1981).

Dans les structures administratives traditionnelles à cause de la bureaucratie et de hiérarchie, l'infirmière est traditionnellement surtout considérée comme une employée subalterne plutôt que comme une praticienne professionnelle jouant un rôle central dans la dispensation des soins de santé. La plupart des structures des organisations actuelles perpétuent le contrôle externe de la profession infirmière. Les décisions au sujet des soins infirmiers et du rôle de la profession infirmière dans le système de soins de santé sont prises par des conseils, des administrateurs, des médecins et, depuis l'intégration des services de santé et communautaires, par des travailleurs sociaux. C'est la profession infirmière qui devrait être chargée de diriger et d'évaluer les infirmières. Le point dont les gouvernements doivent s'occuper et qu'ils doivent rectifier, c'est précisément la question de déterminer qui exerce le contrôle de la profession infirmière.

Recommandation 6

Que les administrateurs des hôpitaux, les conseils et les médecins soient initiés au rôle professionnel de la profession infirmière dans les soins de santé.

Recommandation 7

Que la première responsable des soins infirmiers (quelle que soit la désignation de son poste) relève directement de l'administrateur principal et qu'il soit prévu qu'elle puisse communiquer directement avec le conseil d'administration dans les organismes de soins de santé.

Recommandation 8

Que la première responsable des soins infirmiers ait l'autorisation et la responsabilité de déterminer la façon dont les coûts du service de soins infirmiers doivent être définis, contrôlés, comptabilisés et surveillés.

Recommandation 9

Qu'au niveau régional soient nommées des infirmières gestionnaires supérieures ayant le pouvoir hiérarchique de surveiller et d'évaluer les services infirmiers en milieu communautaire.

3. Décentralisation

La structure bureaucratique des services n'a plus sa place dans les année 80, et elle est incompatible avec la formation et le rôle actuels des infirmières. On s'entend généralement pour dire que le roulement du personnel infirmier est dû au fait que la plupart des groupes qui exercent le pouvoir dans le système de soins de santé sont peu disposés à partager le contrôle des ressources et des prises de décisions, et que la situation montre à quel point critique les styles traditionnels et autoritaires de gestion continuent à régner (Kernahan, 1982). La **décentralisation** a pour but d'obtenir de meilleurs prises de décision et de contribuer à une grande **obligation de rendre des comptes**. La décentralisation permettrait une **gestion multiple**, ce qui à son tour favoriserait un **environnement de travail autonome**.

La gestion multiple permet des communications vers le haut et le bas et des communications ouvertes, et elle encourage le leadership démocratique et la solution des problèmes au niveau de

l'unité. De plus, un tel mode de gestion contribue à la fois à la satisfaction au travail et au développement professionnel (Dieffenbach & Marvulli, 1987). Même si le concept de gestion multiple suppose la participation du personnel aux prises de décisions, cela n'empêche nullement la gestionnaire d'abandonner ses responsabilités en matière de prises de décisions. En réalité, avec la décentralisation il est encore plus important d'avoir des infirmières gestionnaires bien formées. Le partage d'informations et la participation au processus décisionnel contribuent à la reconnaissance et la valorisation de **TOUTES** les infirmières dans l'organisation.

Recommandation 10

Que l'organisation des services dans les hôpitaux, les foyers de soins et les autres établissements de soins de santé soit décentralisée afin de favoriser l'autonomie de la pratique infirmière professionnelle et la réduction des niveaux du personnel de surveillance.

Recommandation 11

Que la gestion multiple soit envisagée comme moyen possible de prise de décisions.

Recommandation 12

Que des fonds d'urgence pour la préparation et l'enseignement de cours de gestion soient offerts durant les cinq prochaines années à tous les gestionnaires supérieurs en soins infirmiers et administrateurs des établissements de soins de santé qui ne possèdent pas actuellement la formation voulue.

4. Obstacles à la satisfaction au travail

De nombreuses études ont été menées sur la satisfaction au travail des infirmières, et leurs conclusions sont les mêmes. Les principaux secteurs d'insatisfaction sont la dotation en personnel, le manque de reconnaissance de la contribution professionnelle, la mauvaise rémunération, le travail par quarts, le manque d'autonomie, la non-participation au niveau des prises de décisions, les possibilités d'avancement limitées, l'insuffisance des programmes d'orientation et les possibilités réduites en matière de formation permanente. On sait que la satisfaction et l'insatisfaction au travail ont des influences directes sur le recrutement et le maintien du personnel. Pourtant, une telle constatation ne semble exister que sur papier. Il s'est fait malheureusement peu de choses pour apporter les très nombreux changements proposés.

Les problèmes en question sont dans bien des cas bien connus aussi bien de la part des infirmières que des administrateurs, et il en a été question dans d'autres documents de l'Association. L'AIINB ne se propose pas de donner un aperçu général de tous les facteurs qui contribuent à l'insatisfaction des infirmières. Les pages qui suivent traitent cependant de certains des principaux points et proposent des mesures appropriées à prendre.

(a) Choc de la réalité

Kramer (1974) a constaté que la divergence entre les principes et attentes inculqués à l'école aux étudiantes infirmières et les réalités du travail causent une très forte réaction émotive et portent les gens à fuir la profession.

Le choc de la réalité semble se produire sous deux formes. De nombreuses infirmières déclarent qu'à leur entrée en fonction à titre de nouvelles diplômées on leur a confié des responsabilités trop lourdes. Les éducateurs et administrateurs en nursing sont pratiquement unanimes pour dire que les programmes de formation infirmière ne donnent pas (et ne sont pas conçus pour donner) aux diplômées toutes les aptitudes nécessaires afin de leur permettre d'exercer leur profession avec un même niveau de compétence peu importe leur milieu de travail (Klippert, 1982), et pourtant, dans le milieu d'exercice de la profession on s'attend à ce que toutes les infirmières puissent également bien faire leur travail. Il s'agit là d'une attente irréaliste, surtout dans le cas des nouvelles infirmières qui ne sont pas ou presque pas initiées. L'AIINB reconnaît que les nouvelles diplômées auront besoin d'une surveillance directe dans l'exercice de certaines habiletés infirmières, comme en fait état la "Liste des habiletés en pratique infirmière" (AIINB, 1988b). Il appartient à l'organisme qui embauche une infirmière de faire en sorte que celle-ci reçoive la surveillance et le soutien nécessaires.

La deuxième forme de choc de la réalité se produit une fois que la nouvelle infirmière "a appris la routine". Les infirmières qui déclaraient avoir des responsabilités trop lourdes comme nouvelles diplômées ont par la suite déclaré, après avoir acquis de l'expérience, qu'elles étaient préparées à assumer des responsabilités plus lourdes. Dans les écoles de formation infirmière, les étudiantes apprennent à s'attendre à ce que leur

formation leur serve en milieu de travail. Or, de nombreuses infirmières sont frustrées et insatisfaites du fait qu'à leu avis elles ne peuvent pas utiliser les habiletés qu'elles ont acquises à l'école. Exemple: "á l'université, j'ai beaucoup appris à prendre mes propres décisions. á ma sortie, j'ai constaté qu'on s'attendait à ce que je suive des ordres et des politiques." á l'occasion d'une étude récente de la satisfaction au travail des infirmières soignantes détenant un baccalauréat dans les hôpitaux du Canada, des infirmières ont mentionné que leurs aptitudes au leadership n'étaient pas utilisées parce que le leadership ne fait pas partie du travail des infirmières soignantes (Cairns & Cragg, 1987).

On est satisfait quand on reçoit ce à quoi on s'attendait. Les administrateurs des soins infirmiers, qui se trouvent coincés entre l'éducation et la réalité de l'emploi, soutiennent que si les éducateurs voulaient tout simplement apprendre à leurs étudiantes les "réalités" du monde du travail en même temps que le rôle professionnel des infirmières, le choc de la réalité serait moins grave et il n'existerait aucune pénurie de main-d'oeuvre infirmière (Jenny, 1982). L'AIINB est d'avis que le fait d'"initier" les étudiantes aux "réalités du métier" n'aura pas nécessairement pour effet d'empêcher ou d'atténuer la pénurie de main-d'oeuvre infirmière. De fait, il pourrait bien en résulter à long terme une pénurie encore plus grave de personnel infirmier. De plus, l'AIINB refuse d'accepter une activité qui ne fait rien pour changer les mauvaises conditions de travail et qui encourage les infirmières à accepter passivement leurs conditions.

Il faudrait peut-être faire comprendre aux administrateurs tout le potentiel des infirmières oeuvrant dans les milieux de soins de santé. Cependant, nous devons en même temps trouver des moyens de reconnaître la diversité des niveaux de compétence qui existe nécessairement chez les infirmières exerçant la profession. De plus, il semble d'après les recherches qu'il est possible de beaucoup faciliter l'adaptation au travail des nouvelles employées en leur offrant un programme d'initiation réaliste de façon à leur donner le temps de s'adapter au rythme et aux valeurs de l'employeur.

(b) <u>Programmes d'initiation</u>

Deux documents publiés en 1982 au Nouveau-Brunswick faisaient état de problèmes dans les programmes d'initiation des infirmières dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Un examen de la main-d'oeuvre infirmière au Nouveau-Brunswick en 1982 révélait que les programmes d'initiation disponibles ne correspondaient pas au niveau de développement et d'organisation des programmes formels de formation infirmière (Klippert, 1982).

Une étude en 1982 de la transition des nouvelles diplômées en sciences infirmières entre l'école et le monde de travail a révélé qu'il existait de grands écarts dans la durée et le contenu des programmes d'initiation offerts aux infirmières à ce moment-là (DPA, 1982). Le niveau de satisfaction des diplômées avec les programmes d'initiation correspondait à la durée des programmes en question. L'étude révèle que 61 % des diplômées dont l'initiation a duré deux semaines ou plus s'en trouvaient "très satisfaites", contre 33 %

seulement chez celles dont l'initiation avait duré moins de deux semaines. Une autre conclusion de l'étude montre comment on s'attend dans le système de soins de santé à ce que les nouvelles infirmières fonctionnent au même niveau que les infirmières expérimentées. Il fut constaté que la plupart des infirmières avaient une pleine charge de travail auprès de patients durant la plus grande partie de leur période d'initiation.

Comme les infirmières exprimaient le besoin de programmes d'initiation appropriées, l'AIINB a préparé des lignes directrices relatives à l'orientation des infirmières dans les organismes de soins de santé (1987b) et les unités spécialisées (1988c). Les infirmières bénéficieront de ces lignes directrices seulement à la condition qu'elles soient appliquées. á cette fin il faut aborder et surmonter deux problèmes posés par l'élaboration et le financement de ces programmes.

Recommandation 13

Que des fonds soient débloqués afin de permettre à tous les employés en soins infirmiers (à temps plein, à temps partiel et occasionnels) de suivre des cours d'initiation appropriés conformément aux lignes directrices relatives à l'initiation des infirmières de l'AIINB.

Recommandation 14

Que tous les organismes établissent pour les infirmières, avant d'affecter celles-ci à des fonctions, des programmes d'initiation concernant particulièrement l'équipement et les techniques.

(c) Dotation en personnel

L'insuffisance du personnel et l'inflexibilité des horaires de

travail continuent à créer beaucoup d'insatisfaction chez les infirmières. Le travail par quarts reste l'un des principaux désavantages de la profession infirmière comme carrière. La documentation fait largement état des problèmes liés au travail par quarts, ainsi que de ses conséquences sur le recrutement et le maintien du personnel. Pourtant, il ne semble pratiquement se faire aucun effort en vue d'étudier d'autres moyens de distribuer les heures de travail. Il ne faut pas accepter le problème comme une réalité de la vie tout simplement parce que cela existe depuis longtemps. Il s'agit là d'un parfait exemple du besoin de gestion multiple. On ne saura faire suffisamment preuve d'imagination pour trouver une solution à ce problème que si la responsabilité en matière de prise de décisions est partagée avec les employés de la base.

Recommandation 15

Que soient étudiés et mis à l'essai des systèmes plus flexibles d'établissement des calendriers de travail.

Recommandation 16

Que soient étudiés les problèmes liés au travail par quarts et aux soins aux enfants.

Les facteurs clés à entrer en ligne de compte pour déterminer la répartition et les niveaux du personnel sont notamment:

(a) les normes de pratique infirmière,

(b) les normes des programmes et la philosophie des soins,

(c) les modes de dispensation des soins infirmiers (ex.: équipe, primaire),

(d) l'éducation et la disponibilité du personnel infirmier,

(e) la satisfaction du patient,

(f) la qualité des soins, et

(g) le besoin du patient.

Et pourtant, on continue à répartir les ressources surtout en fonction du nombre de lits et des diagnostics médicaux. L'AIINB a récemment terminé une enquête sur les méthodes de dotation en personnel dans tous les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Parmi les répondants, 20 % seulement utilisaient un système quelconque d'évaluation de la charge de travail comme moyen de faciliter leurs programmes de dotation en personnel. Tous les répondants, sauf un, ont indiqué qu'à leur avis les formules mathématiques utilisées par le gouvernement pour l'établissement des budgets et qui sont fondées sur les taux d'occupation et sur un nombre fixe d'heures de soins par patient par jour ne représentent pas de façon précise la réalité.

Les budgets des soins infirmiers sont considérés comme l'une des principales dépenses des établissements, et donc ils comptent parmi les premiers visés lorsqu'il s'agit d'apporter des compressions budgétaires. Les impératifs budgétaires l'emportent souvent sur les facteurs clés identifiés comme étant importants dans les décisions prises au sujet du personnel infirmier. On met trop souvent l'accent sur le budget en tenant peu compte de la qualité, en sorte que les unités de soins infirmiers finissent par se trouver avec un personnel infirmier insuffisant. Il en résulte des soins de qualité douteuse et, dans certains cas, des situations tout à fait

dangereuses. L'AIINB est alarmée par le nombre d'appels reçu de ses membres pour décrire des situations où la dotation en personnel est intolérable et compromet dangereusement la sécurité des patients et des infirmières.

En vue de réduire les frais des services de soins infirmiers, on a cherché notamment à ne considérer que le nombre d'employés, sans tenir compte de leur préparation, à embaucher des infirmières immatriculées à temps partiel ou occasionnelles que l'on dit ne pas "avoir droit à des avantages sociaux, ou à embaucher un plus grand nombre d'employés auxiliaires, ce qui donne seulement l'apparence de coûter moins cher" (Minyard, Wall & Turner, 1986). Les infirmières se trouvent ainsi coincées dans une situation qui crée beaucoup de conflits personnels et de stress du fait qu'elles doivent répondre à la fois à un système bureaucratique et à un système professionnel.

Ces dernières années, on a tendance a utiliser des **systèmes d'évaluation de la charge de travail** pour déterminer les besoins en personnel. Il ne convient pas et il est irresponsable de continuer à utilisr des chiffres remontant à 1966, comme 3,5 heures de soins par jour par patient pour évaluer les besoins en personnel infirmier. Les chiffres en question ont dans bien des cas été établis par des personnes extérieures à la profession infirmière et qui comprennent peu les complexités des besoins en personnel infirmier; ils sont donc dépassés. Il faut se documenter sur la charge de travail des infirmières afin de faire en sorte que les ressources soient bien distribuées et utilisées.

En 1988, l'AIINB a mis sur pied un comité spécial chargé

d'étudier le concept d'évaluation de la charge de travail infirmier. L'AIINB préconise le recours à l'évaluation de la charge de travail, mais ne croit pas qu'il convienne de proposer l'adoption obligatoire d'un système particulier. Cependant, il faut débloquer des fonds pour permettre aux organismes d'adopter le système qui répond le mieux à leurs besoins. L'AIINB a élaboré des normes relatives à l'évaluation de la charge de travail. Il faut cependant souligner de nouveau que nous avons de la difficulté à atteindre et à maintenir ces normes du fait que les gouvernements ne reconnaissent pas l'évaluation de la charge de travail dans leurs budgets. Si on suppose que les infirmières, les administrateurs et les gouvernements cherchent chacun à ce que les patients reçoivent la durée de soins infirmiers qui correspond à leurs besoins (ce qui est exprimé comme charge de travail), l'évaluation de la charge de travail devient une base rationnelle de détermination et de répartition des ressources.

Même si les méthodes d'évaluation de la charge de travail peuvent être des outils utiles, elles ne peuvent traiter de tous les aspects de la dotation en personnel infirmier. Il faut reconnaître que même si l'évaluation de la charge de travail aide effectivement à déterminer ce qu'il faut comme personnel, ce moyen ne fournit pas à lui seul suffisamment de renseignements pour prendre des décisions définitives sur le personnel requis.

Un programme d'assurance ou d'appréciation de la qualité suppose d'abord et avant tout que les besoins en soins infirmiers des patients sont évalués et comblés. L'évaluation de la charge de

travail sert à définir les besoins en personnel infirmier, ce qui est une condition préalable pour prouver que l'on s'occupe des besoins en matière de soins.

Il ne faut pas considérer les groupes de diagnostic reliés (GDR) comme un bon moyen d'évaluer la charge de travail infirmier. Les GDR se fondent sur les besoins médicaux, et non sur les paramètres des soins infirmiers. Ils ne se sont pas révélés comme de bons moyens de prédiction des besoins en soins infirmiers. Halloran (1985) a constaté que le diagnostic infirmier donne une idée plus précise de la charge de travail infirmier (et donc des coûts infirmiers) que le seul diagnostic médical.

Recommandation 17

Que les descriptions d'emploi des infirmières soient réécrites afin de supprimer le temps consacré par les infirmières à des fonctions extérieures aux soins infirmiers, et qu'un personnel suffisant soit obtenu pour les fonctions autres que les soins infirmiers.

Recommandation 18

Qu'un examen soit effectué sur les effet du personnel occasionnel et à temps partiel sur la continuité et la qualité des soins.

Recommandation 19

Que des fonds soient débloqués pour permettre aux organismes d'adopter des systèmes d'évaluation de la charge de travail conformément aux normes établies par l'AIINB.

Recommandation 20

Que les conseils des hôpitaux, des foyers de soins et des autres organismes de soins de santé réétudient les critères qui servent à

la répartition des fonds aux services infirmiers afin de fair en sorte que ces derniers aient des ressources suffisantes. Il e faut pas inclure des dépenses extérieures aux soins infirmiers dans les budgets des soins infirmiers.

(d) **Modes de dispensation des soins infirmiers**

Les modes fonctionnels ou par équipes utilisés pour la dispensation des soins infirmiers continuent à refléter les notions désuètes voulant que les soins infirmiers soient une chose simple et ne consistent qu'en un simple ensemble de "tâches observables". Une telle perception simpliste des soins infirmiers cadre mal avec la pratique professionnelle courante. Nous développons une nouvelle connaissance de la pratique à base de théorie à un taux jamais connu auparavant. La profession infirmière abandonne les modèles de soins fondés sur l'exercice axés sur les tâches au profit de modèles à base de théorie.

Le modèle de nursing primaire se caractérise par un processus décisionnel décentralisé, et il a été identifié comme une approche efficace en matière de dispensation des soins infirmiers. Il s'agit d'un modèle qui promet beaucoup comme environnement dans lequel les infirmières professionnelles peuvent pleinement remplir leurs rôles et fonctions dans toute leur étendue. La décentralisation que comporte un tel système de dispensation est essentielle à l'exercice d'une pratique autonome.

Il a été établi que le modèle en question donne aux infirmières plus d'autonomie, plus de comptes à rendre et un plus grand niveau de satisfaction, et qu'il réduit le roulement du personnel

infirmier, qu'il favorise la continuité et l'uniformité des soins et que les clients se trouvent plus satisfaits du fait qu'une infirmière primaire s'occupe des soins infirmiers aux clients depuis leur arrivée jusqu'à leur congé, et aussi qu'il augmente la qualité des soins (Aydelotte, 1983; Carey, 1979; Corputz, 1977).

Il n'est pas nécessaire d'abandonner le recours aux soins infirmiers primaires en raison de la pénurie actuelle d'infirmières immatriculées. Il ne faut pas mêler les questions de pratique professionnelle et de modes de dotation en personnel -- le fait de donner des soins infirmiers primaires n'est pas un mode de dotation en personnel, mais plutôt un rapport entre l'infirmière et le patient.

Recommandation 21

Que les soins infirmiers primaires soient envisagés comme moyen de donner des soins infirmiers qui soit efficace en fonction du coût tant au niveau du client qu'à celui de l'infirmière.

(e) Récompense de l'excellence

Les articles portant sur les motifs du taux de roulement élevé du personnel infirmier semblent s'entendre pour dire que le travail dans les hôpitaux est devenu de moins en moins satisfaisant et qu'en conséquence un plus grand nombre d'infirmières "votent avec leurs pieds" en quittant les hôpitaux pour se trouver du travail ailleurs (Jenny, 1982). Dans un trop grand nombre de cas, le travail ailleurs ne comprend pas les soins infirmiers.

On sait depuis longtemps que le manque de reconnaissance d'un travail bien fait est une source d'insatisfaction chez les

infirmières. Selon deux études récentes au Canada, la tendan n'aurait pas changé (Cairns & Cragg, 1987; Jennings & Rademak r, 1987). Cairns and Cragg signalent que les nombreuses déclarations des infirmières au sujet du manque de reconnaissance de leur travail indiquent un besoin de leur fournir un appui positif. On a dit que les administrateurs en nursing étaient éloignés, se conduisaient en dictateurs et ne s'intéressaient pas aux infirmières soignantes.

Jennings et Rademaker (1987) ont constaté que les infirmières avaient des plaintes surtout au sujet des possibilités d'avancement, de la participation aux descriptions d'emploi et de la reconnaissance de leur travail. Les plaintes au sujet des possibilités d'avancement sont graves étant donné les préoccupations exprimées sur le recrutement des infirmières et l'accent mis sur l'obtention d'un baccalauréat. Les infirmières consultées dans l'étude de Cairns et Cragg (1987) ont exprimé l'avis que le service général est une première expérience essentielle et que le travail au chevet permet d'acquérir certaines aptitudes et connaissances de base nécessaires pour occuper d'autres fonctions. En gros, le travail au chevet des malades était considéré comme un "rite de passage" nécessaire.

Habituellement, l'infirmière peut obtenir de l'avancement seulement en administration, mais pas comme praticienne. D'autres occupations permettent de gagner plus ou d'obtenir plus de prestige, de pouvoir, de droits et de responsabilités, alors que les infirmières soignantes ou infirmières au chevet n'exercent qu'une

seule fonction, qui ne change pas vraiment. De nombreuses infirmières passent d'une situation à l'autre en cherchant dans leur milieu de travail du nouveau et des changements qu'elles ne peuvent trouver dans le travail même (Jenny, 1982).

De toute évidence, il faut combler le vide en matière de **promotion latérale** selon une échelle de **compétence et expertise** clinique. Toutes les infirmières visées par l'étude de Cairns and Cragg (1987) ont mentionné que les clients sont leur principale source de satisfaction au travail. La mise en application d'un concept d'échelle clinique mettrait à profit la satisfaction que les infirmières tirent en donnant directement des soins aux patients et permettrait en même temps de garder au chevet des malades des infirmières expérimentée dont le besoin se fait tellement sentir. Le fait que la compétence et l'expertise cliniques n'ont pas été traditionnellement reconnues montre bien que le travail des infirmières n'est pas bien estimé dans le système de soins de santé. Il faut corriger la situation pour faire en sorte qu'il y ait à l'avenir un nombre suffisant d'infirmières bien préparées pour s'occuper des besoin essentiels en matière de santé.

<u>Recommandation 22</u>

Que soient établis pour les infirmières des schémas de carrière clairement définis pour des fonctions non administratives (échelonnage clinique).

<u>Recommandation 23</u>

Que soient étudiés et mis en place de meilleurs moyens de

reconnaître sur les plans tant financier que professionnel le infirmières qui remplissent des fonctions de praticiennes.

III. Formation préparatoire à l'exercice de la profession

L'intérêt que les infirmières accordent à des normes de formation élevées remonte aux débuts des associations professionnelles de nursing au Canada. En effet, ces associations ont été formées au début du siècle parce que les infirmières s'intéressaient à ce moment-là aux normes de formation requises pour l'exercice de la profession infirmière. Les infirmières du Nouveau-Brunswick continuent à chercher à obtenir une formation de qualité en nursing, ce qui comprend la formation préparatoire ou de base, ainsi que la formation permanente.

Il n'est pas possible, faute de temps, de traiter dans le présent document des problèmes concernant les infirmières du Nouveau-Brunswick en matière d'éducation. Cependant, certains des points en question sont abordés dans le rapport du comité spécial de l'AIINB sur l'admission à la pratique, qui est présenté en annexe (AIINB, 1987a).

À l'heure actuelle, le comité spécial sur l'admission à la pratique prépare un plan pour l'évaluation des besoins en matière d'éducation permanente des infirmières. De plus, il s'occupe de questions telles que les fonds et ressources nécessaires à des programmes à suivre après l'immatriculation, ainsi que les besoins des infirmières ayant une maîtrise en sciences infirmières, surtout dans les secteurs cliniques. Le groupe en question a contribué à faire pression pour obtenir des cours de soins spécialisés ou cours

post-diplôme en soins critique et santé mentale. Il existe très grand besoin de cours de ce genre, et donc il faut poursuivr les efforts afin de faire en sorte qu'ils soient disponibles et accessibles.

L'AIINB insiste sur le point que le nursing est un art et une science qui s'apprend plutôt qu'un comportement faisant appel à l'intuition. Etant donné que la formation infirmière prépare les personnes qui exercent la profession en milieu de travail, il faut s'occuper activement des questions concernant la formation des infirmières. Les infirmières qui travaillent dans de petits hôpitaux et dans des localités éloignées se sentent désavantagées du fait qu'elles ont peu accès à des moyens de formation. Il faut trouver des moyens d'offrir des cours de perfectionnement et de formation permanente aux infirmières, où qu'elles travaillent au Nouveau-Brunswick.

Recommandation 24

Que dans les établissements des fonds soient réservés pour appuyer convenablement:

(a) la mise en place de moyens d'identifier clairement les besoins des infirmières en matière de formation permanente en milieu de travail,

(b) la planification et l'application de programmes d'éducation permanente fondés sur des besoins clairement identifiés en matière de formation, et

(c) des moyens d'apprentissage autonome pour infirmières en milieu de travail (par exemple un cours modulaire en soins

critiques).

Recommandation 25

Que les concepts de jours de perfectionnement professionnel et de salaires différés soient incorporés dans la convention collective des infirmières.

Recommandation 26

Que des mesures soient prises pour faciliter des rajustements aux affectations du personnel afin de lui permettre d'assister à des activités d'éducation permanente.

Recommandation 27

Que dans le système de l'enseignement supérieur des fonds soient réaffectés afin de permettre une expansion constante des programmes de base conduisant au baccalauréat en sciences infirmières.

Recommandation 28

Que des fonds soient débloqués pour l'élaboration de programmes de maîtrise en nursing en anglais et français dans la province.

IV. Recrutement et maintien du personnel

L'attention accordée récemment à toute la question du recrutement et du maintien du personnel est probablement ce qui dénote le plus la pénurie de personnel infirmier. En réalité, la pénurie en question est causée en partie par cette attention intermittente. Les problèmes soulevés de nos jours au sujet de la profession infirmière sont tellement complexes qu'ils se prêtent mal à une simple solution ou à une solution de cataplasme.

De nombreux rapports laissent entendre que les hôpitaux et gouvernements ne se sont pas attaqués au véritable problème, et

qu'ils ont surtout consacré leur temps et leurs fonds à atté er les symptômes par trois approches traditionnelles:

(a) en surmenant le personnel existant,

(b) en ajoutant des employés occasionnels au personnel, et

(c) en lançant des campagnes de recrutement massives.

Aussi longtemps que les départs naturels pouvaient être compensés par l'embauchage de nouvelles infirmières, les méthodes traditionnelles fondées sur le recrutement étaient suffisantes. Cependant, la main-d'oeuvre infirmière, tout comme d'autres ressources naturelles, est perçue comme une ressource en diminution dans l'écologie de la dispensation des soins de santé, ce qui oblige à changer de stratégie pour passer du recrutement au maintien de la main-d'oeuvre existante. Il faut développer des stimulants qui favorisent la longévité des carrières, la stabilité des emplois et la diminution du roulement de la main-d'oeuvre. Même si le recrutement est nécessaire, dépendre du recrutement sans prendre ailleurs d'autres mesures, ce n'est qu'éviter le véritable problème.

Pour recruter un approvisionnement constant d'infirmières à partir de candidates bien qualifiées, il faudra en partie s'occuper des problèmes du statut ou de "l'image" dont souffre la profession infirmière. Ce n'est pas en cherchant à recruter tout simplement un effectif, mais bien plutôt des personnes ayant les caractéristiques et le potentiel recherchés dans les autres professions que l'on saura relever le défi de l'étendue future de la pratique de la profession. Pour faire face à la concurrence sur le marché des carrières, il faut que la profession infirmière offre un avenir

aussi attrayant que les autres professions et ce, tout en répondant aux besoins du public en matière de soins infirmiers. Il semble normal de lancer une vaste campagne de relations publiques, mais pour se faire entendre il faudra d'abord corriger les lacunes exprimées dans la vie au travail des infirmières. Comme Fagin (1982) le mentionnait: "On ne peut se servir de l'ambiguïté et de l'exagération dans une campagne pour bien persuader les gens."

V. Planification à long terme et financement des soins de santé

Il faut de toute urgence une planification à long terme des soins de santé, et celle-ci doit être fondée à la fois sur une évaluation des besoins des Néo-Brunswickois et sur un examen des méthodes rentables de dispensation des soins de santé.

L'AIINB est d'avis que les législateurs doivent envisager de réaffecter les fonds des soins de santé pour les consacrer aux opérations plutôt qu'aux immobilisations. Les infirmières s'opposent fortement au maintien des systèmes désuets de dispensation des soins de santé.

Recommandation 29

Que des ressources financières soient affectées moins au budget des immobilisations et plus au budget de fonctionnement dans le système de soins de santé.

Recommandation 30

Que des fonds de soins de santé soient prévus pour l'augmentation des services communautaires au Nouveau-Brunswick.

Recommandation 31

Que soit nommée pour le Nouveau-Brunswick une infirmière cons llère principale, comme au fédéral.

Références

Aiken, I. (1983). Nursing's future: Public policies, private actions. American Journal of Nursing, 3(10), 1040-1044.

Alberta Association of Registered Nurses. (4 mars 1988.) Brief on the Concerns of Registered Nurses Employed in Alberta Hospitals and Nursing Homes to the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans.

Alberta Medical Association (1985, octobre). Nursing in Alberta: A perspective from the Alberta Medical Association. Edmonton: auteur.

Andreolis, K., & Musser, L.A. (1985). Trends that may affect nursing's future. Nursing and Health Care, 6(1), 47-51.

Aydelotte, M. (1983). The future health care delivery system in the United States. In N.L. Chaska (Ed.), The nursing profession: A time to speak (p. 807-817). New York: McGraw-Hill.

Cairns, B., & Cragg, C. (1987). Sources of Job Satisfaction and Dissatisfaction Among Baccalaureate Staff Nurses in Hospitals. Nursing papers, 19(1), 15-29.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1987). A philosophical perspective. Ottawa, auteur.

Carey, R. (1979). Evaluations of a Primary Nursing Unit. American Journal of Nursing, 79, 1253-1255.

Corputz, T. (1977). Primary Nursing Meets Needs, Expectations of Patients, and Staff. Hospitals, 51, 95-100.

Dieffenbach, M., & Marvulli, C. (1987). Participative Management Nursing Administrative Quarterly, 11,(4), 12-16.

DPA Consulting Ltd. (septembre 1982). Study of the Transition from

School to Work of Diploma Nursing Graduates.

Diers, D. (septembre 1982). Dedications and Re-dedications address presented at the dedication ceremonies, Complexe des scienc s de la santé de l'Université d'Ottawa, Ottawa.

Diers, D. (1986). To profess - to be professional. Journal of Nursing Administration, 16,(3), 25-30.

Fagin, C. (1982). Nursing as an alternative to high-cost care. American Journal of Nursing, 82(1), 56-60.

Gouvernement du Canada (1984). Loi canadienne sur la santé. Ottawa, auteur.

Gray, C. (1987). What do nurses want? Association médicale canadienne/journal, 136, 978-987.

Halloran, E. (1985). Nursing Workload, medical diagnosis related groups, and nursing diagnosis. Research in Nursing & Health 8(4), 421-433.

Jennings, E., & Rademaker, A. (1987). Eight and Twelve-hour Shifts and Well-being Among Hospital Nurses. Nursing Papers, 19(1), 31-45.

Jenny, Jean (novembre 1982). Issues Affecting Nurses' Hospital Employment in the 80's. A Discussion Paper Prepared for the Canadian Hospital Association.

Johnson, N. (1971). The professional-bureaucratif conflict. Journal of Nursing Administration, 1(3), 31-39.

Kalisch, P., & Kalisch, B. (1982). The image of nurses in novels. American Journal of Nursing, 82(8), 1220-24.

Kernaham, S.G. (1982). The Nurse Shortage: How can we turn the exodus around? Hospitals, 1er février, 53-56.

Klippert, L. (avril 1982). A Review of Nursing Manpower in N Brunswick.

Kramer, M. (1974). Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing. St. Louis: Mosby.

Lancaster, J. (1986). 1986 and beyond: Nursing's future. Journal of Nursing Administration, 16(3), 31-37.

Lee, M. (1979). How nurses rate with M.D.'s - Still the handmaiden, R.N., 42L 7, p. 21.

Minyard, K., Wall, J., & Turner, R. (1986). RN's may cost less than you think. Journal of Nursing Administration, 16(5), 28-34.

Muff, J. (ed.) (1982). Socialization, Sexism and Stereotyping; Women's Issues in Nursing. St. Louis: Mosby.

Association des infirmières enregistrées du Nouveau-Brunswick (janvier 1984). Time for a Change: A brief to the Office of Government Reform Social Program Reform. Province du Nouveau-Brunswick.

New Brunswick Nursing Manpower Committee (1980). Rapport du comité de la main-d'oeuvre infirmière du Nouveau-Brunswick.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (1984). Loi sur les infirmières et infirmiers.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (1987a). Rapport du comité spécial sur l'admission à la pratique.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (1987b). Lignes directrices relatives à l'initiation des infirmières dans les organismes de soins de santé.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

(1985a). Rôles et fonctions.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswic.

(1988b). Liste des habiletés en pratique infirmière.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

(1988c). Lignes directrices relatives à l'initiation des infirmières dans les unités de soins spécialisés.

Stevens, B. (1985). Tackling a changing society head on. Nursing and Health Care, 6(1), 27-30.

Weiss, S. (1984). Educating the nursing profession for role transformation. Journal of Nursing Administration, 23(1), 9-14.

Wisman, C., Alexander, C. & Chase, G. (1981). Determinants of Hospital Staff Nurse Turnover. Medical Care, 19, 431-443.